

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1952

THÈSE **1042** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gérard, Henri PERRIOT

Né le 3 Juin 1927, à Sancoins (Cher)

Présentée et soutenue publiquement le

**ÉTUDE PSYCHO-SOCIOLOGIQUE
DE LA POPULATION
D'UN ASILE DE VIEILLARDS
(Hôpital Général de Clermont-Ferrand)**

Président : M. JOANNON, Professeur

D. P. TAIB

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI^e

1952

UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE

Nom du Candidat : PERRIOT

Prénoms : Gérard, Henri

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

PERRIOT (Gérard,
Henri).- ETUDE PSY-
CHO-SOCIOLOGIQUE DE
LA POPULATION D'UN
ASILE DE VIEILLARDS.
(Hôpital Général de
Clermont-Ferrand).-
Paris, D.P.TAIB,
1952,in-8°, 95 pages.
(Thèse Méd.(Etat)
Paris 1952,N°)

PERRIOT (Gérard),
Henri).- ETUDE PSY-
CHO-SOCIOLOGIQUE DE
LA POPULATION D'UN
ASILE DE VIEILLARDS.
(Hôpital Général de
Clermont-Ferrand).-
Paris, D.P. TAIB,
1952,in-8°,95 pages.
(Thèse Méd.(Etat)
Paris 1952,N°)

PERRIOT (Gérard,
Henri).- ETUDE PSY-
CHO-SOCIOLOGIQUE DE
LA POPULATION D'UN
ASILE DE VIEILLARDS.
(Hôpital Général de
Clermont-Ferrand).-
Paris, D.P. TAIB,
1952,in-8°,95 pages.
(Thèse Méd.(Etat)
Paris 1952,N°)

PERRIOT (Gérard,
Henri).- ETUDE PSY-
CHO-SOCIOLOGIQUE DE
LA POPULATION D'UN
ASILE DE VIEILLARDS.
(Hôpital Général de
Clermont-Ferrand).-
Paris, D.P. TAIB,
1952,in-8°,95 pages.
(Thèse Méd.(Etat)
Paris 1952,N°)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1952

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'Etat)

par

Gérard, Henri PERRIOT

Né le 3 juin 1927 à SANCOINS (Cher)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

ETUDE PSYCHO-SOCIOLOGIQUE
DE LA POPULATION D'UN ASILE
DE VIEILLARDS.

(Hôpital Général de Clermont-Ferrand)

-:-

Président : M. JOANNON (Professeur).

-:-

D.P. TAÏB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1952.



OBSERVATIONS
de
MM. LES MEMBRES DU JURY

- :-

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOIN,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, BAUDOIN, BRINDEAU, CARNOT,
CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GOUGEROT,
GUILLAIN, HARTMANN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY,
LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LOEPER, MARION,
MATHIEU, MULON, OMBREDANNE, ROUVIERE, SANNIE,
SEBILEAU, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET

Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	GASTINEL
Biologie médicale	VERNE
Cancérologie médicale, sociale	HUGUENIN
Carcinologie	OBERLING
Chimie médicale	POLONOVSKI
	{Hôtel-Dieu
	{St-Antoine
Clinique chirur.	{Salpêtrière
	{Cochin
	{QUENU
Clinique chirurgicale répara-	{MERLE d'AU-
trice et orthopédique	{BIGNE
Clinique de cardiologie	DONZELOT
Clinique chirurgicale infan-	{FEVRE
tile et d'orthopédie	{
Clinique chir. pleuro-pulmon.	MONOD
Clinique de la tuberculose	BERNARD
Clinique de neuro-chirurgie	{PETIT-
	{DUTAILLIS
Clinique de puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées	{DEGOS
et syphilitiques	{
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER
Clinique des maladies du systè-	{ALAJOUANINE
me nerveux	{
Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET

MM.

Clinique des maladies mentales } et de l'encéphale	DELAY
Clinique gynécologique	F. BRENTANO
Cliniques médicales	BENARD LAROCHE MOREAU LIAN
Clinique méd. hydro-climato. thér.	J. BESANCON
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V-R.
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL LEVY-SOLAL LACOMME
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Histoire de la méd. et de la chir.	MOUQUIN
Histologie	CHAMPY
Hygiène et clinique première enf.	CATHALA
Hygiène et méd. préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et histoire } naturelle médicale	GAILLIARD
Pathologie chirurgicale	de GAUDART d'A.
Pathologie exotique	LAVIER
Patho. expérimentale et comparée	LEMAIRE
Pathologie médicale	BARIETY
Path. et thérapeut. générales	de GENNES
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires (c. t. pers)	RICHET
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	MOULONGUET
Thérapeutique	TURPIN
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	CHABROL

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	(CORDIER DEBEYRE DELMAS		(HUGUIER LAURENCE LEGER
Anat.path.	(Mle GAU- THIER-V. BUSSE	Pat.chirur.	(OLIVIER PADOVANI POILLEUX
Bactériologie	(FASQUELLE NEVOT		(ROUX RUDLER
Biol.méd.	BOURLIERE		(VERNE
Chimie méd.	(ETTORI JAYLE SCHAPIRA	Pat.expéri- mentale	(MERKLEN
Dermato-sy- philigraphie	(N BULLIARD		(BERNARD BOUDIN CASTAIGNE
Histologie	(COUJARD DESCLAUX		(CONTE DECOURT DOMART
Hydrologie	DEBRAY		(DREYFUS FAUVERT
Hygiène	(BOYER DEPARIS	Pat.médicale	(HAMBURGER KOURILSKY
Médecine)	(DEROBER		(LAMY MAURIC
légale	(GAULTIER		(MILLIEZ PERRAULT
Neurochir.	N		(RAMBERT TIEFFRY
Neurologie	de SEZE GRASSET LEPAGE		(TURIAT LAPLANE
Obstétrique	MAYER MERGER RAVINA VARANGOT	Pédiatrie	(MARIE LEVY Mle
Ophtalmo- logie	(OFFRET DESVIGNES	Pharmacologie	(CHEYMOL BARGETON
Oto-rhino- laryngol.	(HALPHEN MADURO	Physiologie	(PARROT DOGNON
Parasito.	BRUMPT	Physique)	(DJOURNO
Parasito. coloniale)	CHABAUD	médicale)	(GOUGEROT
	(ABOULKER	Psychiatrie	BARUK
Pat.chirurg.	(BAUMANN GOSSET	Psychiatrie infantile)	(MICHAUX

MM. Stomato. CHAPUT (Mme) Thérapeutique MM. BROUET
Urologie KUSS (chargé de l'ens.)

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE,
pour le Service des examens.

MM. BRINDEAU (Obstétrique), GATELLIER (clini-
que chirurgicale), LE LORIER (Obstétrique),
VAUDESCAL (Obstétrique).

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT.

MM.			MM.	
Clinique)	{ AMELINE		Clinique)	{ BOULIN
chirur. }	{ MENEGAUX			{ BROUET
	{ PATEL			{ CACHERA
	{ SICARD	Clinique }		{ DELARUE
Clinique)	{ DIGONNET	médicale)		{ GARCIN
obstét. }	{ ECALLE			{ HAGUENEAU
	{ SUREAU			{ LENEGRE
Clinique)	{ RENARD			{ MARCHAL
ophtal. }	{			{ SOULIE
Urologie	COUVELAIRE			

Secrétaire de la Faculté M. MOREL

Secrétaire-Adjoint Mle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN

Bibliothécaires { Mles DUMAITRE
GOICHON
LAURENT
LE NOIR

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à leurs
auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune
approbation ni improbation.

A la Mémoire de ma Mère.

A ma Femme,

Grâce à sa profession de Sage-
Femme, elle me sera toujours
un réconfort dans l'exercice
de la Médecine rurale.
A elle toute mon affection.

A toute ma Famille,

avec mes remerciements pour
tous les sacrifices qu'elle
a accomplis pour moi.

A tous les Enfants du Puy-de-Dôme,

au service desquels je me suis
mis au cours de mes études.

A mes Amis.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Pierre JOANNON,
Professeur d'Hygiène et de Médecine
Préventive à la Faculté de Médecine
de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui a bien voulu accepter la
présidence de cette thèse.
Avec notre profonde reconnais-
sance.

A Monsieur le Professeur C. BERNARD-GRIFFITHS

Médecin des Hôpitaux de Clermont-
Ferrand,
Professeur à l'Ecole de Médecine de
Clermont-Ferrand,
Chef du Service de Gériatrie à
l'Hôpital Général,

Qui m'a conseillé dans le
choix du sujet et la rédaction
de cette thèse. Il m'a
toujours été d'un grand ap-
pui au cours de mes études.

Mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Henri GERMAIN,
Chirurgien des Hôpitaux,
Professeur de Clinique Chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Clermont-
Ferrand.

A Monsieur le Professeur Jacques BAUDON,
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux,
Professeur d'Obstétrique à l'Ecole
de Médecine de Clermont-Ferrand.

A Monsieur le Docteur René GENDRE,
Gynécologue-Accoucheur Assistant
des Hôpitaux.

A tous mes Maîtres.

A tous les Externes des Hôpitaux de
Clermont-Ferrand,

Hommage de leur Président.

A l'Administration et au Personnel
de l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand,
avec qui j'ai travaillé plusieurs années.

A Jacques BILLY,

Qui a réalisé l'iconographie
de cette thèse.
Mes remerciements amicaux.

Au Docteur Raymond DEVAL.

A Georges MUZART.

A tous mes Camarades.

ETUDE PSYCHO-SOCIOLOGIQUE
DE LA POPULATION D'UN ASILE
DE VIEILLARDS.
(Hôpital Général de Clermont-Ferrand)

- :-

I N T R O D U C T I O N

-:-

Les Vieillards... Ce mot évoque pour nous adultes, un état vers lequel certes nous glissons tous insensiblement, mais que presque toujours nous refusons d'envisager, d'analyser, laissant à plus tard son étude, lorsque nous y serons obligés, encore que dans notre subconscient, nous refusons de vieillir... Et pourtant tout adulte vit dans le futur, tout adulte fait des plans pour "plus tard", mais ce futur prend à un certain moment des limites très floues que l'on se refuse à éclaircir. On cherche certes à éloigner ces limites le plus possible, mais il est en quelque sorte impossible de les fixer car on ne les connaît pas.

C'est ici que commence le problème. Quand peut-on dire qu'une personne est un vieillard ? Est-ce un problème mathématique fixant à un certain âge, et systématiquement, le début de l'état vieillesse ? Est-ce un problème physique ? Est-ce un problème physiologique que le commun des mortels à l'habitude de résoudre par "l'usure de la machine" ? Ou bien est-ce un problème psychologique caractérisé par l'affaiblissement des facultés ?

Dans tous ces cas il existe de grosses exceptions. Et de même que l'être humain est un tout affectif, physiologique et psychologique, de même l'Etat Vieillesse, phase normale de la vie au même titre que l'Enfance, l'Adolescence et l'Etat Adulte, est un Tout qu'on ne

saurait dissocier. Certes ces trois états que nous venons de citer, bien qu'il soit difficile d'en fixer les limites dans le temps, semblent, au premier abord, plus analysables du fait que l'homme se complaise à y être englobé. Au contraire, pour l'Etat Vieillesse, chacun refuse inconsciemment de prendre place dans ses rangs ; et cette inconscience rentre peut-être déjà dans la psychologie si spéciale et si intéressante du Veillard.

Nous n'avons pas la prétention, dans les pages qui suivent, de résoudre tous les problèmes dont nous venons de parler succinctement ; nous allons simplement essayer de les analyser.

Pour ce faire, nous nous placerons sur un plan où l'observation de cet Etat Vieillesse aura la première place. Et pour pouvoir analyser le problème sous un tel angle, nous nous sommes adressés à une Communauté de vieillards de manière à pouvoir tabler nos observations sur la statistique. Evidemment, d'aucuns diront peut-être qu'on ne peut avoir dans la statistique qu'une confiance limitée, mais nous pensons que dans le problème que nous essayons de résoudre, les chiffres nous seront d'un grand appui.

Nous avons pris comme champ d'observation, l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand, hôpital régional de vieillards pour le département du Puy-de-Dôme. Et nous voudrions faire de ce travail une "contribution à l'étude psycho-sociologique de la Population d'un Asile de Vieillards".

Et avant tout nous appuyerons sur l'étude sociologique. Certes, à notre époque où le souci du lendemain prend dans la vie de cha-

cun une place prépondérante, il existe dans chaque classe de la Société un problème social. Cependant, tous le monde sera de notre avis quand nous affirmerons que l' "après-guerre", l'augmentation du prix de la vie, ont eu une répercussion maxima chez ceux qui, à cause de leur âge ne peuvent plus, par un travail, subvenir aux besoins de l'existence. Combien de vieillards, après une vie toute de labeur remplie, se sont trouvés, ces dernières années, dans l'impossibilité absolue de pouvoir vivre avec les économies qu'ils avaient pu faire ? Et là, c'est un procès de la Société actuelle qu'il nous faudrait faire et ce serait s'attaquer à un immense problème ce qui n'est pas dans nos intentions. -

Dans cette thèse nous nous bornerons à un rôle d'observateur et nous essaierons de tirer quelques conclusions qui s'imposeront d'elles-mêmes grâce à nos statistiques.

Pour faire ce travail, il nous a fallu rassembler un dossier assez volumineux et chaque vieillard y a, en quelque sorte, apporté sa contribution. Nous avons donc été obligé tout d'abord, de gagner la confiance de chaque pensionnaire de l'Hôpital et cela n'a pas été la partie la plus facile. Notre effort a dû s'étendre sur une période de plusieurs années. Et cette difficulté repose sur le fait que le vieillard ne donne pas sa confiance à un étranger dès le premier jour, mais là encore nous anticipons sur un chapitre qui sera développé ultérieurement.

Nous allons donc, au cours de ces quelques feuillets qui vont suivre, faire une description du "Milieu de Vie" de nos vieillards, c'est-à-dire l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand.

Puis nous rentrerons plus profondément dans le sujet en étudiant la Population de l'Hôpital et les occupations des vieillards.

Ensuite, nous essaierons de faire une étude psychologique des pensionnaires et, avant de tirer les conclusions qui s'imposeront, nous examinerons les répercussions qu'a, chez ces personnes, la vie commune en hospice, répercussions sur leur physique, sur leur comportement affectif et sur leur psychologie.

Il nous a paru indispensable d'étudier séparément les vieillards hommes et les vieillards femmes, car s'il existe aux autres périodes de la vie une psychologie masculine et une psychologie féminine, chez les vieillards, bien que tout problème d'ordre génital soit aboli (et encore...) les deux psychologies ne sont nullement superposables.

CHAPITRE 1er

-:-

L'HOPITAL GENERAL de CLERMONT-FERRAND.

-:-

L'Hôpital Général de Clermont-Ferrand est situé rue des Vieillards. Il fut construit en 1756.

A l'époque de sa construction, il était situé à la limite des remparts qui entouraient Clermont. Le centre de la ville était constitué par la colline qui surplombe la cité et sur laquelle se dresse la cathédrale Notre-Dame. Autour de celle-ci, nous avons encore actuellement le vieux Clermont avec ses petites rues sombres, ses vieilles maisons et ses belles fontaines. L'Hôpital Général était donc situé aux limites "intra muros" de la ville au même titre que la splendide basilique Notre-Dame du Port et l'Abbaye de Saint-Alyre dont il ne reste que des vestiges.

Avec l'agrandissement de la ville, les quartiers neufs ayant largement débordé les remparts disparus et s'étant édifiés dans les marais qui entouraient l'antique Clermont, l'Hôpital Général s'est trouvé ramené au centre de la cité nouvelle et est entouré des rues les plus commerçantes et les plus animées. Et bien que les alentours im-

médiats de l'Hospice aient gardé leurs quartiers vétustes où la pierre noire de Volvic ajoute encore une note plus sombre, cette proximité du Centre de la ville exerce une influence sur la vie des pensionnaires dont nous parlerons dans un chapitre ultérieur.

La construction qui jadis était formée de trois bâtiments disposés en fer à cheval, s'est aussi agrandie ; et les architectes ayant voulu conserver à tout prix la grande cour qui aère les bâtiments, ont dû utiliser tous les espaces libres extérieurs à la construction primitive. C'est pourquoi différents pavillons ont été élevés sur l'initiative d'Administrateurs des Hospices donnant au plan général un aspect quelque peu "tarabiscoté". Une partie des bâtiments nouveaux abrite actuellement le service de neuro-psychiatrie, mais le service des Vieillards est situé dans la partie la plus ancienne. Il convient de signaler que si nos ancêtres, en différents endroits avaient vu "petit", ceux qui construisirent l'Hôpital Général avaient une ampleur de vue non négligeable. Le sens social à cette époque devait commencer à se développer ou bien avaient-ils deviné que la France serait un jour un pays de vieillards ?

En effet, le service qui comprend environ 500 lits n'est pas à l'étroit.

Au premier abord, l'ensemble donne une impression assez triste et ceci, comme nous l'avons dit plus haut est dû en grande partie aux matériaux dont nous disposons en Auvergne pour construire. Mais à l'intérieur, si nous n'avons pas l'impression de luminosité qu'on retrouve dans les maisons modernes, le soleil y pénètre largement cependant.

Notre étude porte sur trois salles d'hommes et trois salles de femmes. Et naturellement

sans voir un puritanisme exagéré, mais pour des raisons de commodité, les hommes sont à une extrémité des bâtiments et les femmes à l'autre.

Lorsqu'on pénètre dans ces salles, deux atmosphères complètement différentes. Chez les hommes, seuls les malades ou ceux qui sont passagèrement fatigués sont au lit. Chez les femmes par contre, à quelques exceptions près, toutes sont alitées. En passant, essayons d'expliquer cet état des choses : un vieillard homme se trouvera obligé de rentrer à l'Hôpital général à partir d'un certain âge, parce qu'il ne pourra plus subvenir à ses besoins matériels tandis qu'une femme pourra plus longtemps se subvenir à elle-même, faire sa cuisine, faire sa lessive, etc... Aussi une femme qui rentrera à l'Hospice, sera plus impotente et de ce fait restera alitée. Mais nous n'avons pas la prétention d'expliquer cela uniquement de cette façon, et là encore nous anticipons.

A la tête de chaque salle est une religieuse, auxquelles il faut rendre hommage pour tout leur dévouement.

Au premier abord, il règne dans la salle une impression de vieillesse et là plus qu'ailleurs on se rend compte qu'une atmosphère dépend des personnes qui la créent. Chez les hommes comme chez les femmes, les conversations vont bon train et bien que certains hospitalisés voisinent depuis plusieurs années, ils trouvent toujours de nouveaux sujets. Ces vieillards sont, à quelques exceptions près très propres et l'on sent chez eux comme un besoin de propreté.

Dans chaque salle également est un poste de T.S.F. qui, dès le matin, égraine succes-

sivement les "revues de presse", les discours politiques ou religieux et toute la gamme des genres musicaux depuis les polkas jusqu'aux plus récents "swings". Et sans aucun doute, tous, surtout les hommes, se trouvent rapprochés, de cette manière, du monde extérieur. Les vieillards hommes paraissent, à première vue, être plus près que les femmes de cette vie extérieure à l'hôpital et, comme nous le verrons, ils le sont en effet.

Au sous-sol sont les réfectoires. C'est un grand "centre d'intérêt" pour tous nos pensionnaires. Et bien avant chaque repas, ils prennent place autour de grandes tables, par petits clans indépendants des voisinages de salles ou de lits. C'est en quelque sorte ici qu'existe au plus haut point cette vie de communauté qui, contrairement à ce que l'on pourrait croire n'est pas une réalité dans l'Hôpital Général. Le vieillard, en effet est une individualité dans un ensemble et le reste sur tous les plans et ceci vient en grande partie de la difficulté qu'éprouve les personnes âgées à se livrer à leurs semblables.

Il ne faudrait cependant pas faire une généralité de cet état de choses, car il existe néanmoins des petits clans chez les pensionnaires de l'Etablissement les plus anciens, petits clans qui sont du reste très fermés. Et si dans les cours de l'Hôpital Général, on voit errer après les repas des isolés, on voit également de petits groupes de pensionnaires discutant en fumant une bonne pipe ou une cigarette. Ces deux comportements différents montrent combien il est difficile de faire une généralité des faits car ces comportements sont fonction de toute la vie antérieure de ces pensionnaires, de leur situation de famille, de leur ancien

métier, et surtout de leur caractère.

Mais il convient de noter que cette atmosphère d'un asile de vieillards est bien spéciale et qu'on ne peut la comprendre, l'analyser et la "sentir" que si on l'étudie dans sa structure intime et si on est à l'écoute de tous les faits qui font la richesse d'une observation.

CHAPITRE DEUXIEME

-:-

Les occupations du vieillard
au cours de la journée.....

-:-

Nous allons essayer maintenant d'étudier les occupations journalières de nos pensionnaires. Si les occupations d'un individu sont fonction de leur métier, de leur courage et de leur caractère, ici c'est en quelque sorte la validité qui est la base de l'emploi du temps quotidien de chacun.

En effet, chez les hommes de l'Hôpital Général, on pourra discerner trois catégories. Tout d'abord les valides à qui la vie sédentaire pèse ; dans une deuxième catégorie, nous classerons les valides qui par routine s'acclimatent à cette vie communautaire et dont les besoins d'activité sont assez minimes ; enfin, dans une troisième partie entrerons les invalides qui passent leur vie alités et qui sont portés par l'atmosphère de la salle où ils vivent.

Dans la première classe, il n'y a pas que le besoin d'activité qui joue mais encore un fait qui montre que ces pensionnaires font encore partie de la société : l'argent. Et tous verront dans leurs activités aussi diverses qu'in vraisemblables le moyen de gagner quelques deniers. Ceux-ci, dès la première heure quittent leur dortoir pour partir à leur travail. Et c'est ce qui ex-

plique qu'un visiteur passant dans certaines salles de l'Hospice, ne verra que des lits inoccupés. Mais que font ces vieillards matinaux ?

- Certains vont chez des particuliers en ville faire du jardinage, ou bien aider à des rangements ou à des gros travaux. Ceux-ci seront toujours en quête de travaux à effectuer et certains même ont une véritable clientèle car ils ne sont pas très exigeants quant au tarif de leur salaire, et d'autre part on ne trouve pas facilement à Clermont de travailleurs pouvant faire certaines besognes.

- D'autres, sitôt levés se rendent au marché de gros de la place Fontgiève (les Halles Clermontoises) pour trouver de l'embauche qui du reste ne manque pas lorsque les producteurs et les primeurs amènent leur marchandise. Et là encore, cette main-d'oeuvre peu payée est très estimée et c'est pourquoi nos pensionnaires (ou tout au moins une partie) deviennent chaque matin pendant quelques heures "Forts des Halles"... Ceux-ci sont les rois de l'Hôpital Général car leur journée de travail est tôt finie et ils ont tout le reste de la journée pour dépenser leur "pourboire" lequel mot du reste prend ici son entière signification et c'est pourquoi il est souhaitable que le tarif de paiement en la matière reste aussi bas en dépit de toutes les lois sociales sur le travail. Et ce sont ces gens que l'on voit errer en capote bleue dans les rues de Clermont ou assis sur les bancs de la place principale lisant leur journal en fumant une pipe. Car il est à noter que toute cette catégorie de travailleurs hospitalisés fument la pipe car, en errant dans les rues de Clermont, les nombreux mégots matinaux... sont

bien tentants et certains pensionnaires ont l'oeil très vif pour ce genre de choses. Ce sont encore ces gens que l'on retrouve dans les cafés qui entourent l'Hôpital Général et qui n'ont jamais été, de mémoire d'homme, mis en faillite...

- D'autres enfin, et ce sont les plus valides en vérité, se font crieurs de journaux et parcourent toute la journée durant les artères de la ville les plus fréquentées pour vendre leurs nouvelles. Et ils font certainement une quantité non négligeable de kilomètres. C'est du reste un gros test de validité car la profession de marchands de journaux étant très lucrative, un vieillard ne la quittera que lorsqu'il ne pourra vraiment plus la tenir au point de vue physique.

Mais il existe aussi une occupation quelque peu voisine de celle-ci qui rallie de nombreux suffrages, c'est celle d' "homme sandwich". Et il n'est pas rare de voir de nos pensionnaires déambuler à travers les boulevards et annonçant le spectacle en vogue ou faisant de la publicité pour quelque boîte de nuit ou quelque professeur de danse. Ce travail est en quelque sorte pour nos vieillards un "travail d'or", car ils peuvent se promener tout en gagnant quelque argent et d'autre part il ne leur est pas possible d'aller au café avec leurs panneaux publicitaires qui sont plutôt encombrants. Mais néanmoins, ils se rattrapent ensuite...

Ces menus travaux sont donc la part des plus valides des pensionnaires de l'Hôpital Général et du fait qu'ils réclament de ces derniers leur participation à la vie de tout le monde, ils leur évitent l'inaction

et leur font oublier qu'ils font partie de cet Etat Vieillesse dont nous avons parlé plus haut. Mais c'est là encore une question : en font-ils partie ? Si l'on se place du point de vue âge, certainement, mais si l'on se place du point de vue validité, besoin de gagner de l'argent, et horreur de l'inaction, non.

Examinons maintenant notre deuxième catégorie : ceux qui bien que valides n'ont pas besoin de beaucoup d'activité.

Ceux-ci se lèvent le matin vers huit heures, vont prendre leur petit déjeuner, fument une cigarette et remontent dans leur dortoir pour vaquer à ce que nous appellerons leurs petites occupations : certains feront leur toilette "en grand" sans se presser, d'autres répareront un pantalon, un veston et certains sont des maîtres dans l'art de recoudre un bouton ou de faire une "reprise". Et c'est encore à cette heure de la journée que, dans le dortoir, sur leur lit, nos pensionnaires rouleront leurs cigarettes pour la journée, car ceux-ci, bien qu'également amateurs de mégots, fumeront, c'est un fait, non pas la pipe, mais la cigarette.

Puis vers 10 heures, ils descendent dans une grande pièce nommée pompeusement "le fumoir". Et là, les amateurs de belotte se retrouveront, certains liront leur journal, d'autres discuteront entre eux, en attendant le déjeuner. Car cette heure "de la soupe" est attendue depuis le matin, et quand vers 10 heures $\frac{1}{2}$ le préposé au réfectoire lance son "à la soupe" d'une voix de stentor, tous nos vieux prennent place avec un contentement évident autour des tables sur lesquelles les attendent leur petite bouteille

de vin et leur couvert. Et c'est là qu'ils se retrouvent entre camarades et qu'ils discutent des derniers événements. C'est pourquoi il règne à cette heure un roulement de conversations qui est certainement le plus important de toute la journée.

Le déjeuner fini, certains remontent au dortoir faire une petite sieste, d'autres vont fumer une cigarette en bavardant dans la cour, d'autres enfin vont prendre un "digestif" au café d'en face.

Et vers trois heures, jusqu'au dîner, nous retrouvons nos pensionnaires dans les rues, regardant les étalages ou en contemplation, devant les agents faisant la police aux croisements.

Enfin, après le dîner qui a lieu à 17 heures, ils regagnent leur dortoir, ou, pendant la belle saison, vont faire une dernière petite promenade avant la nuit.

Cette catégorie de pensionnaires que nous venons de décrire est celle dans laquelle nous classons "les bons petits vieux". En effet ils répondent bien à la représentation que nous nous faisons généralement des vieillards. Ils ont peu de besoins et sont heureux de leur vie actuelle. Cependant chez eux, ces besoins consistent presque uniquement en plaisirs matériels et le boire et le manger prennent une importance considérable. Mais on ne peut pas dire que c'est une marque de cet Etat Vieillesse car ces plaisirs ne laissent pas indifférents n'importe lequel d'entre nous. Ici toutefois, c'est uniquement cela qui compte. Et certainement c'est là un trait particulier aux vieillards.

Enfin nous arrivons à notre troisième classe de pensionnaires hommes, c'est-à-dire celle des vieillards alités. Pour eux, seulement les visiteurs et les postes de T.S.F. les rattachent à la vie extérieure. Ils se sont faits une existence propre entre eux et ils s'habituent ma foi assez bien à elle. Ils sont sans ambition. Mais cependant ils n'envisagent pas qu'ils sont inutiles et, à part quelques rares exceptions, ils ne souhaitent pas la mort mais se rattachent à tout ce qui vit. Certains font de la politique "en chambre" et parfois les discussions qu'ils ont entre eux ne manquent pas de pittoresque ni d'intérêt. Ils sont cependant très égoïstes et ils n'est pas rare que des jalousies se créent entre eux.

Un petit exemple montrera mieux que tout, cet égoïsme : dans une petite salle trois vieux étaient bons amis. L'un d'eux vient à mourir. Point de chagrin de la part des deux autres, mais au contraire cette réflexion "il avait bien l'âge de faire un mort. Il ne fallait quand même pas qu'il crût être éternel". Et pourtant ils avaient été 5 ans ensemble voisins de lit.

Dans un petit paragraphe à part, il convient de mentionner les pensionnaires utiles à l'Hôpital Général et qui occupent de petits postes dans l'établissement d'une manière plus ou moins désintéressée d'ailleurs. Quelles seront ces places ? soit concierge, soit préposé de leur salle à la cuisine, soit vaguemestre, soit balayeurs, et il convient de classer ceux-ci dans une catégorie qui se tient au sommet de la hiérarchie. Ceux qui occupent ces postes en tirent un certain orgueil regrettable par-

fois et ils cherchent à imposer cette "supériorité" d'emploi à leurs camarades hospitalisés.

Mais l'égoïsme qui est un caractère essentiel de la psychologie du vieillard, existe encore au plus haut point chez les femmes âgées. Et en plus il existe chez celles-ci une certaine défiance que l'on ne trouvait pas chez les hommes. Elles ont un comportement du reste complètement différent.

En effet, si nous pénétrons dans les salles de femmes de l'Hôpital Général, nous sommes étonnés de voir l'atmosphère qui y règne. Alors que chez les hommes, peu sont alités, au contraire ici, tous les lits à quelques exceptions près, sont occupés au cours de la journée.

Ces pensionnaires vivent dans leur dortoir et celles même qui sont valides, sortent peu en ville. C'est un des principaux motifs de cette animosité qui règne entre elles. L'une reçoit des visites, l'une a des gâteries, aussitôt toutes sont quelque peu jalouses et l'on ne retrouve pas ici cette accommodation de tempéraments (superficielle peut être, mais réelle) qui existe chez les vieillards hommes.

Dans une certaine salle, s'est constitué un petit clan qui vit en "atmosphère renfermée". Et dès qu'une "étrangère" essaie, par la force ou la ruse d'y pénétrer, aussitôt le bloc se ferme pour chasser la "gêneuse".

Les repas sont servis dans les dortoirs et on ne retrouve pas ces conversations qui faisaient le trait d'union entre les hommes dans leur réfectoire.

Un exemple montrera mieux que tout, l'intensité de cette atmosphère de jalousie : Il y avait dans une salle une grand'mère qui allait avoir 103 ans. Il y a deux ans, une fête fut organisée par les Hospices pour son centenaire et le Maire de Clermont vint en personne la féliciter. Ce fut le début de l'animosité de ses voisins de lit. Et naturellement notre centenaire (qui est morte cette année) était gâtée, d'abord de sa famille, ensuite par le personnel de la salle (il n'est quand même pas fréquent de soigner une centenaire...). C'était normal semblé-t-il. Aussi l'animosité alla grandissant et quand le vieillard décéda, ce ne fut, dans toute la salle, parmi les malades, qu'un cri de soulagement...

Mais l'égoïsme, la jalousie, ne sont pas les deux seuls traits qui caractérisent les pensionnaires femmes. Il existe aussi chez elles un besoin de se faire plaindre et, du point de vue médical et thérapeutique ce n'est pas une petite affaire...

Enfin, chez cette catégorie de malades, le problème "argent" n'entre pas en ligne de compte.

Nous avons brossé un tableau assez sombre de l'atmosphère qui règne dans les salles de femmes. Il ne faudrait pas cependant généraliser outre mesure. Dans une salle règne presque continuellement une atmosphère de chants et même presque de gaieté. Dans une autre, c'est une atmosphère religieuse, car parfois le chapelet est récité en commun. Mais là encore c'est la religieuse responsable de la salle qui imprègne de sa présence et de son caractère la vie de la communauté qui lui a été confiée. Certaines malades

sont toujours souriantes et considèrent ces petites disputes comme des mesquineries sans importance. Celles-ci du reste, cherchent à se rendre utiles soit dans la salle, soit en faisant des travaux (raccommodages ou autres) dont elles tirent quelques deniers, car chez elles, le problème pécuniaire entre en ligne de compte. Et il nous semble que c'est encore grâce à ces différences de comportement que l'on peut délimiter cet Etat Vieillesse. D'une part, les invalides, acariâtres et égoïstes (qui sont excusables) chez lesquelles le problème gain ne revêt aucune importance, d'autre part, celles que nous qualifieront de "larges d'esprit" chez lesquelles ce problème se pose.

Il est à noter que l'on trouve également cette différenciation chez les hommes et chez les femmes et ces remarques oeuvreront pour fixer les limites de cet Etat Vieillesse.

CHAPITRE TROISIEME

--

(Etat civil des pensionnaires de l'H.G.)

--

Après avoir décrit l'Hôpital Général, puis l'emploi du temps et le comportement au cours de la journée des gens qui y vivent, nous allons maintenant étudier ces derniers. Qui sont-ils ?

Notre analyse porte sur 400 observations.

Nous verrons tout d'abord que la Population de l'Hôpital Général comporte davantage d'étrangers que d'étrangères. C'est ainsi que nous en avons 4,30 % pour les femmes et 9,36% pour les hommes. Parmi ces derniers on note une majorité de Russes blancs venus en France après la révolution de 1917. Ceux-ci, fuyant leur pays, se sont tous embauchés dans la S.N.C.F..... On note également une grosse majorité d'Espagnols venus chez nous, eux, après la guerre d'Espagne. Le reste comprend des Polonais, Italiens, Belges, Portugais et Yougoslaves. Sans famille, âgés, ils ont été obligés de se faire hospitaliser, et là, nous remarquons une des nombreuses conséquences des guerres et des révolutions.

Sans famille, avons-nous dit, c'est qu'en effet la situation familiale joue le rôle majeur dans l'hospitalisations des vieillards en hospice ;

C'est ainsi qu'il y a parmi les pension -

naires FEMMES :

- 36,5 % de célibataires,
- 7,3 % de femmes mariées
(dont le mari vit encore)
- 52,7 % de veuves
- 3,5 % de divorcées.

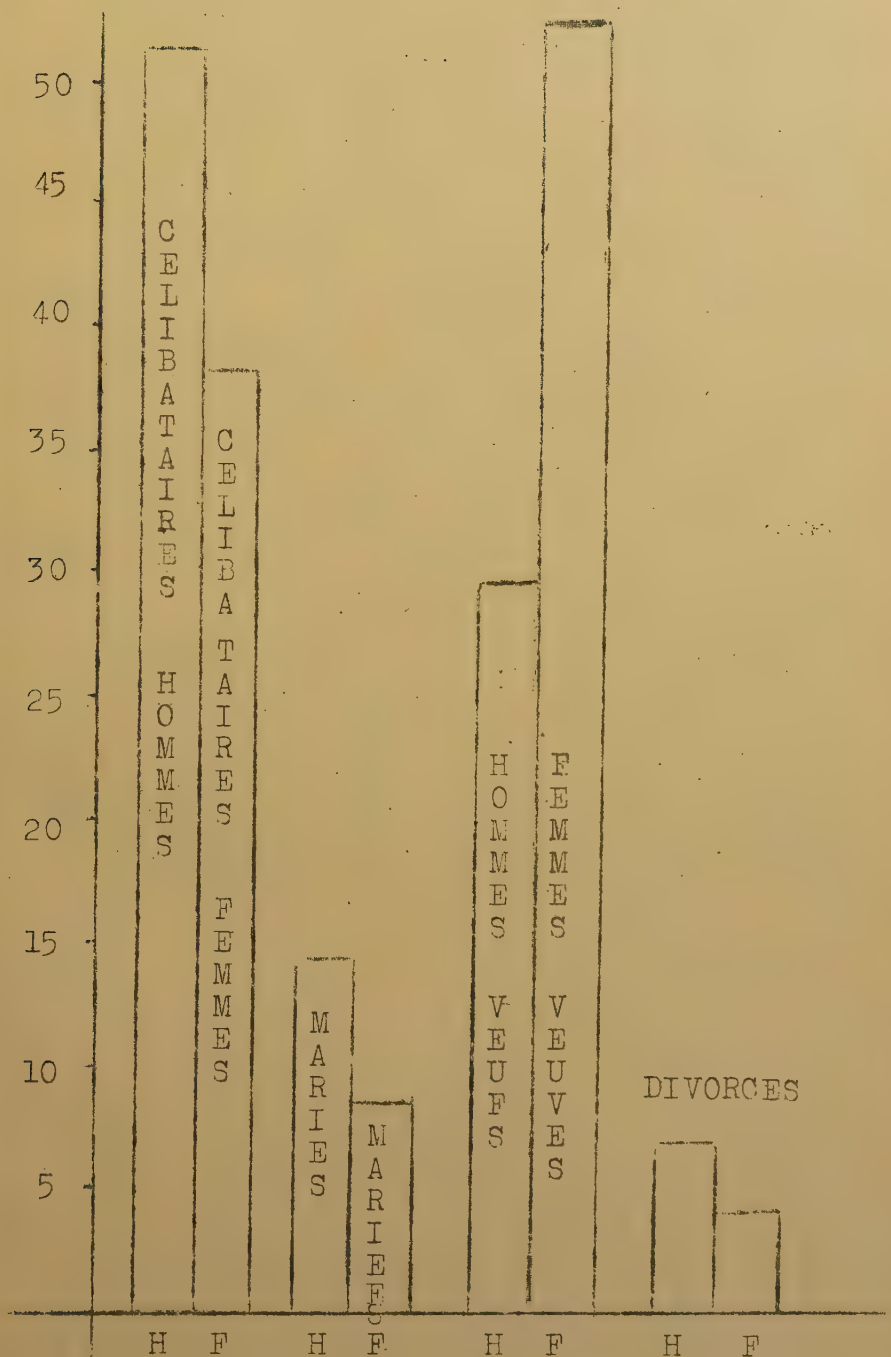
Et chez les HOMMES :

- 50,5 % de célibataires,
- 14,5 % d'hommes mariés
(dont la femme vit encore)
- 28,8 % de veufs,
- 6,2 % de divorcés.

Le graphique suivant montrera mieux le rapport entre hommes et femmes. (p. 37).

Grâce à cette statistique, nous voyons que les pensionnaires Hommes l'emportent sur trois catégories : célibataires, mariés et divorcés. Les pensionnaires Femmes l'emportent uniquement par la catégorie des Veuves. D'une part cette majorité de célibataires s'explique fort bien. Car lorsque ceux-ci, par suite de l'âge ne peuvent plus travailler ni vaquer à leurs occupations matérielles, comme ils n'ont, du fait de leur célibat, plus aucune famille, ils se font hospitaliser en hospice. Une femme seule peut vaquer plus longtemps aux travaux de son intérieur.

Une explication est nécessaire. Comment se fait-il qu'il y ait à l'Hôpital Général, des gens mariés dont le conjoint est encore vivant ? Nous avons constaté que la majorité qui compose cette classe, est, pour la plupart de souche terrienne. Après avoir légué leurs biens à leurs enfants qui les prennent en charge. Mais dès que le "grand-père" ou la "grand'mère" devient invalide, il est trop souvent hélas considéré comme



"encombrant" et on le met à l'Hospice et on garde l'autre jusqu'à ce qu'il soit invalide à son tour...

Nous remarquons également dans notre graphique que les pensionnaires femmes l'emportent au point de vue Veuves. On pourrait croire d'après notre graphique, qu'il y a davantage de veuves que de veufs parce qu'il y a moins de célibataires femmes que d'hommes. Il n'en est rien car notre statistique porte sur un ensemble superposable de part et d'autre et porte sur la Population d'un hospice de vieillards à un moment donné. En réalité, il y a plus de femmes célibataires dans le monde que d'hommes. C'est également un fait connu qu'il y a davantage de veuves que de veufs, le mari décédant souvent le premier et l'on retrouve cette constatation ici.

En dernier lieu, notons également la proportion de gens divorcés, qui, sans être très importante, n'en est pas moins non négligeable, et nous voyons que de tout temps, il y a eu des foyers désunis. Une des grandes conséquences chez les gens modestes, en est cette vieillesse en hospice, sans famille et sans joie.

CHAPITRE QUATRIEME

--

L'âge des pensionnaires

--

Nous arrivons à une grosse question : l'âge de nos pensionnaires. Nous avons étudié d'abord l'âge des vieillards hommes et l'âge des vieillards femmes. Si la limite supérieure de notre statistique ne pose aucun problème en ce sens qu'elle va jusqu'à plus de 90 ans, par contre où commence la limite inférieure ? Pourquoi commencerait-elle à 70 ou à 80 ans ? Quelle loi nous permettrait d'émettre une telle assertion ? Evidemment, comme nous le disions dans l'introduction de ce travail, si l'on classe les vieillards uniquement par la question âge, il paraît inconcevable de commencer notre statistique à 40 ans. Mais il n'y a pas que cette question âge qui compte pour délimiter cet Etat Vieillesse. Aussi, nous commencerons par la catégorie des 40 à 50 ans.

Voici notre statistique pour les FEMMES :

FEMMES	ayant	de 40 à 50 ans	6,3 %
"	"	de 50 à 60 ans	9,1 %
"	"	de 60 à 70 ans	19,9 %
"	"	de 70 à 80 ans	32,7 %
"	"	de 80 à 90 ans	28,5 %
"	"	90 ans et plus	3,5 %

Et pour les HOMMES :

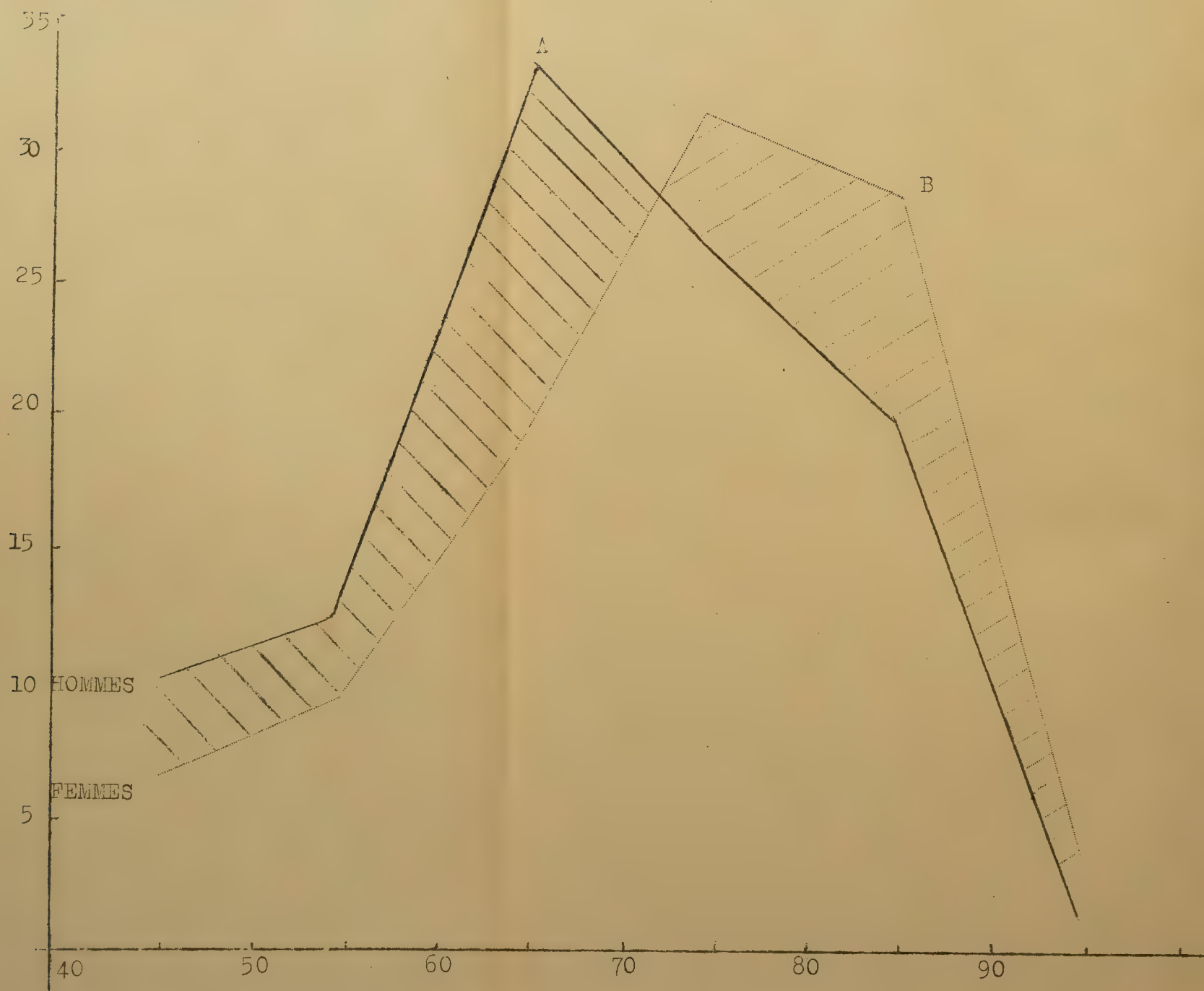
HOMMES	ayant	de 40 à 50 ans	10	%
"	"	de 50 à 60 ans	12,4	%
"	"	de 60 à 70 ans	33,5	%
"	"	de 70 à 80 ans	25,6	%
"	"	de 80 à 90 ans	18	%
"	"	plus de 90 ans	0,5	%

Nous voyons donc en étudiant ces chiffres que chez les pensionnaires Femmes, la proportion augmente d'une manière régulière pour atteindre un maximum situé entre 70 et 80 ans et pour diminuer progressivement ensuite et atteindre au-dessus de 90 ans un chiffre de 3,5 %.

Au contraire chez les hommes, la progression est plus précoce et plus rapide. La proportion augmente d'une manière régulière pour atteindre un maximum non plus entre 70 et 80 ans comme chez les femmes, mais entre 60 et 70 ans. Ensuite la baisse est également progressive pour atteindre un chiffre de 0,5 % au-dessus de 90 ans (donc moindre que chez les femmes).

Nous voyons donc que les vieillards hommes entrent plus tôt et plus jeunes à l'Hôpital Général et vivent moins longtemps que les vieillards femmes. Leur hospitalisation plus précoce s'explique par la difficulté qu'ils éprouvent à partir d'un certain âge pour "entretenir un intérieur". Au contraire une femme peut se débrouiller plus longtemps dans ce genre de choses.

Nous verrons plus clairement ces observations dans le graphique qui suit et qui résume nos chiffres et pourcentages.



La courbe en trait continu représente la proportion des hospitalisés HOMMES en fonction de leur âge.

La courbe en pointillés, celle des FEMMES.

La partie hachurée en trait continu montre très nettement la supériorité numérique des hommes par rapport aux femmes, jusqu'à 70 ans. C'est la "Vieillesse de Fait".

La partie hachurée en pointillés montre la majorité des femmes par rapport aux hommes, au-dessus de 70 ans.

Ces courbes montrent donc que si l'on interroge les âges de nos pensionnaires pour délimiter l'Etat Vieillesse, ce dernier se situera entre les points A et B figurés sur le graphique, c'est-à-dire entre 65 et 85 ans, avec prédominance de 65 à 75 pour les hommes, et prédominance de 75 à 85 pour les femmes. De ce fait les limites que nous cherchons à établir sont déjà différentes suivant le sexe. Etant donné qu'un vieillard homme vit moins longtemps qu'un vieillard femme, les défenseurs de "l'usure de la machine humaine" pourraient triompher, car, de par ses occupations plus prenantes, son travail plus dur, un homme entrerait plus rapidement dans la Vieillesse et y ferait un stage moins long.

Il sera donc intéressant maintenant que nous avons étudié l'âge de nos pensionnaires, d'étudier les causes de cette "usure" éventuelle, c'est-à-dire le lieu de la vie d'adulte, la profession, le mode de vie antérieure et les "usures" d'ordre moral.

CHAPITRE CINQUIEME

-:-

Où nos pensionnaires ont-ils passé leur vie avant de rentrer à l'Hôpital Général ?

Nous avons dénombré ceux qui ont eu une vie que nous nommerons "sédentaire" en ce sens qu'ils ont vécu dans le même pays où ils sont nés.

- ce qui donne pour les hommes :
 - Sédentaires 26,2 %
 - Non sédentaires 73,8 %
- et pour les femmes :
 - Sédentaires 28,4 %
 - Non sédentaires 71,6 %

ceci est uniquement du domaine des déplacements de population et les sédentaires correspondent presque tous aux campagnards. On pourrait penser que le sédentarisme évitant les ennuis, est responsable d'une vie calme, donc diminuerait en quelque sorte "l'usure de la machine humaine"... Et il tomberait sous le sens, semble-t-il, que les habitants des campagnes auraient tendance à devenir plus vieux que les habitants des villes.

Or, il n'en est rien.

Nous avons fait une statistique sur les moyennes des âges de nos pensionnaires ayant vécu à la campagne et de ceux ayant vécu en ville.

Auparavant étudions l'origine des vieillards de l'Hôpital Général :

Pour les FEMMES :

- Citadines	37,8	%
- Villageoises	62	%
- Sans domicile fixe	0,2	%

Pour les HOMMES :

- Citadins	44,5	%
- Villageois	48	%
- Sans domicile fixe	7,5	%

Ce qui donne :

Pour les FEMMES :

moyenne des âges à la campagne	70	ans
moyenne des âges à la ville	77	ans

et pour les HOMMES :

moyenne des âges à la campagne	62	ans
moyenne des âges à la ville	69	ans

Il ressort de ces chiffres que :

- 1°) - l'on vit plus vieux à la ville qu'à la campagne.
- 2°) - La moyenne d'âge des hommes par rapport aux femmes est inférieure à la ville aussi bien qu'à la campagne, ce qui vérifie encore notre dernier graphique.

Il semblerait, au premier chef, que la vie plus remuante de la ville, son atmosphère plus viciée, ses métiers en usine, et son alimentation moins hygiéniques, joue un rôle d' "usure" plus important qu'à la campagne. Or, d'après nos statistiques, il n'en est rien, au contraire.

Cherchons les causes de cet état de faits :
Nous émettons plusieurs avis :

Tout d'abord les commodités de la vie urbaine peuvent y être pour beaucoup. On mar-

che moins en ville, la vie est plus réglée, plus minutée, plus régulière et cette régularité joue peut-être un rôle dans cette plus grande longévité.

En second lieu, les travaux de la ville et les différentes professions des citadins, tout en paraissant (tout au moins certaines) très dures, sont sans aucun doute moins pénibles que les gros travaux de la campagne. Le paysan commence son travail tôt le matin et le termine très tard. D'autre part le cultivateur, à la merci continuelle des intempéries et du mauvais temps qui abiment ses récoltes, doit avoir moins de liberté d'esprit et plus de soucis que l'habitant des Cités.

Enfin, peut-on invoquer la multiplicité des plaisirs en ville (cinéma, théâtre, etc...)? Peut-être.

Les campagnards l'ont compris car nos villages d'Auvergne se dépeuplent.

Nous allons donc étudier maintenant les professions, exercées par nos pensionnaires avant leur hospitalisation.

CHAPITRE SIXIEME

- :-

Préoccupons nous maintenant de cette question des professions exercées par les pensionnaires de l'Hôpital Général au cours de leur vie afin de nous donner une impression de l' "usure" provoquée sur un organisme par les différents travaux manuels ou intellectuels.

Nous allons passer assez vite sur les professions exercées par les pensionnaires femmes :

Une minorité seulement en effet se livrait à d'autres travaux que les travaux de leur intérieur :

- Nous notons : 93% sans profession, et
seulement :
7% qui exercèrent un métier.

En effet, jadis, la femme restait au foyer et les conditions de vie de l'époque ne les obligeaient pas à travailler au dehors. Si dans 50 ans, on faisait la même statistique, elle serait certainement complètement différente du fait que la femme d'aujourd'hui est souvent obligée d'exercer une profession pour "boucler" le budget familial.

Dans les 7 % cités plus haut, nous trouvons les métiers suivants :

Cultivatrices	: 2,1 %
Employées	: 2,9 %
Lingères	: 3 %

D'après ces chiffres, nous nous rendons

compte que cette "usure" causée par le travail est négligeable chez les femmes.

Cependant pour donner plus de valeur à notre statistique, nous nous sommes adressé à 500 autres observations de vieillards femmes décédées mais hospitalisées à l'Hôpital Général au cours de ces dix dernières années.

Nous avons donc :

FEMMES AYANT TRAVAILLE EN CAMPAGNE :

- Cultivatrices : 7 %

FEMMES AYANT TRAVAILLE EN VILLE :

- couturières : 5 %

- blanchisseuses : 3,1 %

- commerçantes : 1,2 %

- bonnes à tout faire : 4,2 %

- ouvrières : 2,3 %

- professions libér. 2 %

total 17,8 %

Donc : 75,2 % n'ont exercé aucun métier.
et 24,8 % ont exercé un métier.

Sur celles qui ont exercé un métier :

7 % ont travaillé en plein air à la campagne,

17,8 % ont travaillé en ville.

Nous voyons donc, que chez les femmes la question métier n'intervient pas pour expliquer cette moyenne d'âge plus élevée à la ville qu'à la campagne, étant donné qu'il y a davantage de femmes qui travaillent en ville qu'à la campagne et qu'on ne peut pas expliquer cette "usure" plus prononcée à la campagne par la question profession.

Passons maintenant à la question profession chez les hommes.

Ici, la grande majorité des pensionnaires ont exercé un métier. Cependant il en est qui n'en ont jamais eu :

C'est ainsi que :

15 % n'ont jamais eu de métier,
85 % en ont eu un.

HOMMES AYANT TRAVAILLE A LA CAMPAGNE :

- Cultivateurs : 34,9 %

HOMMES AYANT TRAVAILLE A LA VILLE :

- Ouvriers : 13,1 %

- Commerçants : 17,8 %

- Employés : 19,2 %

Total 50,1 %

Nous voyons donc que chez les hommes ayant exercé une profession au cours de leur vie :

34,9 % ont travaillé à la campagne,
50,1 % ont travaillé à la ville.

Comme chez les femmes, nous nous sommes adressé à 500 autres observations d'hommes ayant passé par l'Hôpital Général au cours de ces 10 dernières années.

Nous voyons chez ceux-ci que :

12 % n'ont jamais eu de métier,
88 % ont eu un métier.

Nos deux statistiques coïncident donc à quelque chose près.

Nous avons relevé :

HOMMES AYANT TRAVAILLE A LA CAMPAGNE : 40 %

HOMMES AYANT TRAVAILLE EN VILLE :

- employés :	7,5	%
- manoeuvres :	7,5	%
- mineurs :	5	%
- artisans :	33	%
- commerçants :	5,2	%
- prof. libér.	1,8	%

total : 60 %

Nous voyons donc que chez les hommes comme chez les femmes, la raison "usure de la machine" dont nous faisons allusion à la fin du chapitre précédent, ne peut pas être retenue pour expliquer le fait que l'on vit plus vieux à la ville qu'à la campagne. En effet, 60 % de nos pensionnaires ont exercé un métier en ville contre 40 % à la campagne.

IL CONVIENT DE SIGNALER : que ce sont les vieillards venant de la campagne, qui deviennent moins vieux et ceci DANS UN ASILE DE VIEILLARDS. Loin de nous l'idée de généraliser cette assertion aux gens de la ville ou de la campagne non hospitalisés.

Nous allons étudier dans les chapitres suivants les autres causes susceptibles de nous éclairer sur cette observation.

Mais avant d'abandonner ce chapitre consacré aux professions de nos pensionnaires avant leur hospitalisation, nous voudrions mettre en relief plusieurs points.

Dans nos hospitalisés, nous ne trouvons aucun fonctionnaire car leur retraite leur permet de vivre.

La majorité est constituée de vieux cultivateurs mais, dans cette classe, si certains avaient une petite propriété ou un petit

"lopin" de terre et ont été hospitalisés par leurs enfants après leur avoir légué (nous reviendrons du reste sur ce problème), la plus grande partie est constitué de "journaliers" c'est-à-dire travaillant au jour le jour dans les fermes. Ces gens ont dû rentrer à l'Hôpital Général par manque d'économies.

De même les 33 % d'artisans avaient économisé certes au cours de leur vie, mais l'augmentation des prix leur a été fatale. Et à de rares exceptions près, tous les pensionnaires de l'Hospice, petits épargnants, ont été les victimes des différentes crises économiques.

Tant qu'un individu peut subvenir à ses besoins par le travail, il peut avoir une existence digne de ce nom, mais dès qu'il rentre dans cet Etat Vieillesse, et qu'il ne peut plus travailler, s'il n'a personne pour le prendre en charge, il est à plaindre. Aussi l'incapacité de pouvoir gagner sa vie par le travail (infirmes mis à part) est un test important en faveur de cet Etat Vieillesse. Et ce test prend place du point de vue importance, avant la question âge, il est une conséquence assurément de l'âge, mais l'âge où un homme ne peut plus travailler est différent suivant les individus et est réglé par la question "usure physiologique" mais aussi par la question "usure morale".

Nous allons donc étudier dans le chapitre suivant cette "usure morale" et voir quelles sont ces conséquences.

CHAPITRE SEPTIEME

-:-

Nous allons donc étudier maintenant les causes qui, d'origine affective ou familiale, peuvent expliquer ce vieillissement plus ou moins précoce suivant les individus.

Les revers et les ennuis familiaux, l'isolement dans lesquels les pensionnaires ont vécu durant leur vie, ou depuis leur hospitalisation, peuvent provoquer cette "usure" qui, si elle se place du point de vue moral, a certainement une part aussi grande que "l'usure" physique.

C'est pourquoi nous avons analysé l'état familial de nos vieillards.

Nous avons tout d'abord recherché le pourcentage de ceux, qui, hommes ou femmes, n'ont actuellement, plus aucune famille, et vivent dans le plus complet isolement.

C'est ainsi que, pour les HOMMES :

- 19,4 % des hospitalisés sont dans cette catégorie.

Et pour les FEMMES :

- 21,9 %.

ce qui fait comme pourcentage total pour tout l'Hôpital Général : 20,5 %.

Ce chiffre est assez important puisque un hospitalisé sur cinq n'a aucune famille (parents ou amis) pour éclairer les dernières années de sa vie.

La majeure partie est constituée de Célibataires, qui du fait de leur état civil n'ont

pas eu d'enfants. Certains d'entre eux avaient bien certes, des frères ou des soeurs, mais ces derniers sont décédés.

Dans cette catégorie entre également ceux qui sont "pupilles" de l'Assistance Publique et qui sont célibataires.

Si l'on étudie les gens qui rentrent dans les 78,1 % restants, chez les FEMMES, nous avons :

- 5,1 % qui sont prises en charge (du point de vue contacts familiaux) par leur mari,
- 26 % par leurs enfants,
- 28,4 % par des parents (frères, soeurs, neveux, nièces, beaux-frères ou belles-soeurs),
- 18,6 % par des personnes amies.

Et chez les HOMMES, nous avons :

- 7,9 % par leur femme,
- 16 % par leurs enfants,
- 43,1 % par des parents,
- 13,6 % par des personnes amies.

Pour avoir une vue d'ensemble plus claire, et pour pouvoir faire notre étude comparative qui revêt ici un caractère particulier, nous allons poser nos chiffres dans un même tableau qui résumera le problème.

	HOMMES	FEMMES	
sans famille:	19,4 %	21,9 %	soit + 2,5 %
conjointes :	7,9 %	5,1 %	soit - 2,8 %
enfants :	16 %	26 %	soit + 10 %
parents :	43,1 %	28,4 %	soit - 14,7 %
amis :	13,6 %	18,6 %	soit + 5 %
	100 %	100 %	

Analysons ces chiffres :

Peu de différence entre hommes et femmes en ce qui concerne les "sans famille".

De même en ce qui concerne les "conjointes". Le fait que certains hospitalisés aient encore leur mari ou leur femme demande une explication. Ceux-ci, qui ont encore leur conjoint, ont été hospitalisés par leurs enfants parce qu'ils étaient invalides ou malheureusement, dans quelques cas rares, parce qu'ils ne pouvaient plus aider ces derniers et étaient de ce fait considérés comme "encombrants". Dans tout l'Hôpital Général, seulement deux ménages sont pensionnaires: la femme dans une salle de femmes et le mari dans une salle d'hommes.

Nous remarquons que 26 % des femmes contre 16 % des hommes ont leurs enfants qui s'occupent d'eux. Ceci s'explique en partie par le fait qu'il y a plus de célibataires hommes que de célibataires femmes. Peut être pouvons nous trouver une autre explication si l'on considère l'amour plus profond des enfants pour leur mère.

Enfin, les pensionnaires femmes prises en charge par des personnes amies sont plus nombreuses que les hommes. Peut-être faut-il trouver une explication à cela dans le fait que la femme se fait davantage d'amies de par sa sentimentalité. Les hommes ont certes beaucoup d'amis, mais cette amitié est moins profonde.

CHAPITRE HUITIEME

--

Nous avons donc étudié les facteurs qui peuvent donner une explication du vieillissement des individus : l'activité qu'ils ont déployée au cours de leur vie d'une part et d'autre part leurs attaches familiales. Ni l'une ni l'autre n'ont permis de dégager une explication satisfaisante pour l'esprit.

Essayons donc maintenant d'envisager l'effet produit sur nos vieillards par le changement de leurs habitudes, par le passage de leur vie active à une vie ralentie, par les ruptures sur un plan familial, autant de transformations qui sont provoquées par leur hospitalisation dans un asile.

Car le changement apporté dans l'existence de ces gens par l'Hôpital Général a une répercussion très nette sur tout leur être, et les causes morales et psychologiques réagissent sur leur "soma".

Pour mettre ces considérations au grand jour, nous avons étudié le temps de séjour de nos hospitalisés depuis leur entrée à l'Hôpital Général jusqu'à la date de leur décès. Pour dresser cette statistique, nous nous sommes adressé à la liste des pensionnaires décédés durant les trois dernières années c'est-à-dire en 1949, 1950 et 1951.

Nous allons étudier tout d'abord une statistique des hommes puis une statistique des femmes.

Pour les HOMMES :

- Pensionnaires décédés de :		
1 à 8 jours d'hospitalisation	10	%
de 8 jours à 1 mois	23,4	%
de 1 mois à 6 mois	14,5	%
de 6 mois à 1 an	7,3	%
de 1 an à 2 ans	8,7	%
de 2 ans à 5 ans	26	%
de 5 ans à 10 ans	8,7	%
plus de 10 ans	1,4	%

Pour les FEMMES :

- Pensionnaires décédées de :		
1 à 8 jours d'hospitalisation	7	%
de 8 jours à 1 mois	16,6	%
de 1 mois à 6 mois	19,4	%
de 6 mois à 1 an	9,7	%
de 1 an à 2 ans	13,9	%
de 2 ans à 5 ans	16,7	%
de 5 ans à 10 ans	7	%
plus de 10 ans	9,7	%

A première vue nous remarquons que certaines différences existent entre les temps de séjour des hospitalisés Hommes et celui des Femmes.

Réunissons donc ces deux graphiques pour mieux mettre en relief ces différences.

	HOMMES	FEMMES	
de 1 à 8 jours	10 %	7 %	soit - 3 %
de 8 j. à 1 mois	23,4 %	16,6 %	soit - 6,8 %
de 1 à 6 mois	14,5 %	19,4 %	soit + 4,9 %
de 6 mois à 1 an	7,3 %	9,7 %	soit + 2,4 %
de 1 à 2 ans	8,7 %	13,9 %	soit + 5,2 %
de 2 à 5 ans	26 %	16,7 %	soit - 9,3 %
de 5 à 10 ans	8,7 %	7 %	soit - 1,7 %
plus de 10 ans	1,4 %	9,7 %	soit + 8,3 %

Il y a donc :
plus d'hommes qui meurent dans le 1er mois,
plus de femmes de 1 mois à 2 ans,
plus d'hommes de 2 ans à 10 ans,
plus de femmes après 10 ans.

Pour les hommes, les premiers jours d'hospitalisation ont une influence néfaste sur leur vie physique.

Mais par la suite, ils s'adaptent mieux que les femmes à la vie d'hôpital.

Il nous a paru intéressant d'étudier d'autre part les décès sur un plan général et nous nous sommes rendus compte que plus de la moitié des décès de la statistique se placent dans la première année d'hospitalisation.

En effet :

C'est ainsi que pour les femmes :

- 7 % meurent dans les 8 premiers jours d'hospitalisation,
- 23,6 % meurent dans le premier mois d'hospitalisation,
- 43 % meurent dans les six premiers mois d'hospitalisation,
- 52,7 % meurent dans la première année d'hospitalisation,
- 66,6 % meurent dans les deux premières années d'hospitalisation,
- 83,3 % meurent dans les cinq premières années d'hospitalisation.

et pour les hommes :

- 10 % meurent dans les huit premiers jours d'hospitalisation,
- 33,4 % meurent dans le premier mois d'hospitalisation,
- 47,9 % meurent dans les six premiers mois d'hospitalisation,

- 55,2 % meurent dans la première année d'hospitalisation,
- 63,9 % meurent dans les deux premières années d'hospitalisation,
- 89,9 % meurent dans les cinq premières années d'hospitalisation.

Nous voyons donc d'après ces statistiques comparatives entre les hommes et les femmes décédées que :

- 55,2 % d'hommes meurent dans la première année contre 52,7 % de femmes (soit une différence de 2,5 %) différence négligeable en soi.
- 10,1 % d'hommes restent plus de cinq années hospitalisés contre 16,7 % de femmes.

Faut-il voir dans cette constatation une plus grande difficulté d'adaptation chez les hommes ou bien une plus grande usure ? Certainement une plus grande usure, car si le syndrome d'adaptation joue dans la première année ou dans les deux premières années, il s'estompe par la suite avec le temps.

Faisons maintenant une statistique récapitulative pour tous les pensionnaires décédés indépendamment du sexe :

Nous voyons que :

- 8,7 % meurent dans la première semaine d'hospitalisation,
- 28,7 % meurent dans le premier mois d'hospitalisation,
- 45,7 % meurent dans les six premiers mois d'hospitalisation,
- 54,4 % meurent dans la première année d'hospitalisation,

65,4 % meurent dans les deux premières années d'hospitalisation,
86,2 % meurent dans les cinq premières années d'hospitalisation.

Ce qui ressort de cela, c'est que :
54,4 % meurent dans la première année d'hospitalisation.

Ce chiffre est énorme. Certes un vieillard qui entre à l'Hôpital Général, de par son âge, ne peut pas y séjourner éternellement, cependant le fait que plus de la moitié meurent dans la première année doit être souligné. Et c'est ici que notre "SYNDROME D'ADAPTATION" revêt toute sa valeur. Devant cet état de fait, nous pourrions penser que ce gros pourcentage est expliqué par l'hospitalisation de moribonds ? Il n'en est rien car notre statistique s'adresse uniquement aux vieillards non pathologiques.

D'autre part, il convient de remarquer que la déchéance d'un sujet, du point de vue physique est quelque chose de très curieux par sa soudaineté, et de très rapide dans le temps.

Couramment nous voyons des vieillards bien portants qui, en l'espace de parfois une quinzaine de jours, semblent "perdre pied" progressivement et ceci malgré toute thérapeutique reconstituante, comme si tout leur être était subitement privé de défenses naturelles. Et la cause de cet état de fait semble être un manque d'adaptation de l'individu âgé à cette nouvelle existence d'asile. Il n'est pas possible d'incriminer un manque de soin de la part du personnel soignant et hospitalier auquel il convient de rendre hommage pour son dévouement de tous les instants. Mais ceci s'explique par une

difficulté qu'éprouve le psychique et le physique du vieillard à réagir devant ces changements de vie. Ce "SYNDROME D'ADAPTATION" est une réalité que nous "touchons du doigt" tous les jours à l'Hôpital Général.

Et nous voyons que ce syndrome frappe avec prédominance certains hospitalisés notamment ceux qui ont été "gâtés" par leur famille avant leur hospitalisation, ou ceux qui, mariés, se sont trouvés subitement isolés sur le plan affectif par la mort de leur conjoint. Par contre les vieillards qui n'ont jamais eu de famille ou ceux qui ont eu une vie non sédentaire et même quelque peu vagabonde, résistent mieux. Ceci explique en partie la grosse proportion de vieillards n'ayant plus aucune famille (20,5 % pour tout l'Hôpital).

Nous voyons donc que la population d'un hospice de vieillards est très changeante dans le temps et soumise continuellement à des "brassages", la balance entre les décès et les entrants étant toujours en équilibre.

Nous pouvons donc affirmer pour terminer ce chapitre, que le changement est nocif aux vieillards. Or ce changement existe chez tous nos hospitalisés du fait qu'ils sont hospitalisés. Ceci met en relief l'influence primordiale qu'à sur le comportement moral, psychique et physique des vieillards, la vie en hospice.

CHAPITRE NEUVIEME

-:-

Nous avons "touché du doigt" dans le chapitre précédent, le problème des décès chez les vieillards, problème qui revêt une grande importance.

Et nous nous sommes rendus compte que chez les vieillards plus que chez tout autre individu, les décès sont fonction de plusieurs facteurs parmi lesquels : la saison et les privations.

Pour le premier facteur nous allons étudier les décès suivant les mois de l'année, et pour le deuxième, nous nous adresserons à la courbe des décès influencée par une période de restrictions et de privations telle que celle occasionnée par la dernière guerre 1940-1945.

Nous avons fait une statistique portant sur trois séries de cinq années. La première série comprend les cinq années ayant précédé la guerre c'est-à-dire 1935-1936-1937-1938-1939 (années normales et influencées par aucun fait important).

La deuxième série comprendra les cinq années de guerre c'est-à-dire 1940-1941-1942-1943-1944 (années anormales du fait du conflit mondial).

Enfin, dans un troisième temps, nous nous adresserons aux cinq années d'après guerre après le retour au calme c'est-à-dire 1945-1946-1947-1948-1949. Pour donner la justesse à notre statistique, nous avons ra-

mené à un même rapport le pourcentage des décès et des vieillards hospitalisés.

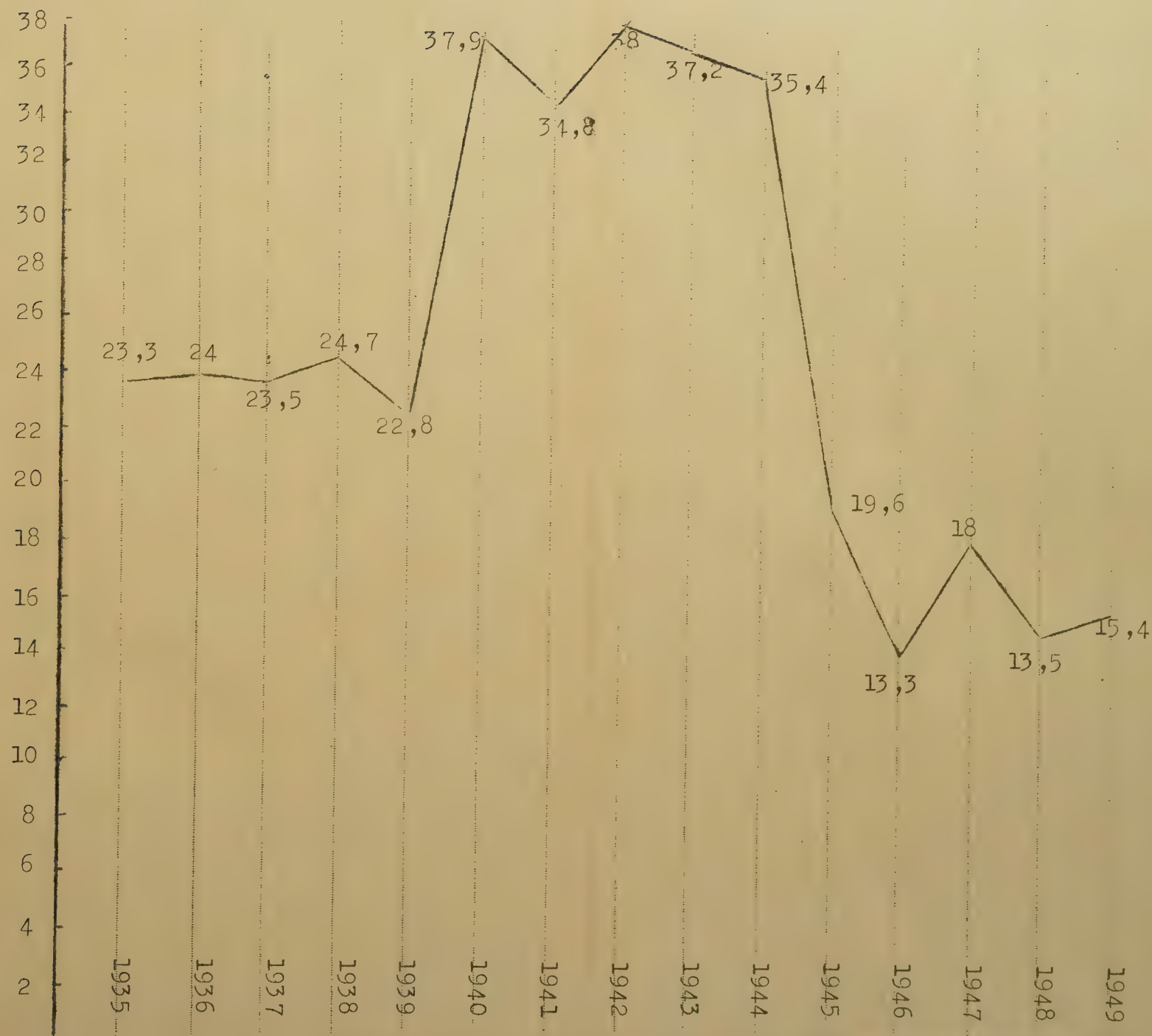
Nous obtenons les chiffres suivants :

Année 1935	23,3
Année 1936	24
Année 1937	23,5
Année 1938	24,7
Année 1939	22,8
Année 1940	37,9
Année 1941	34,8
Année 1942	38
Année 1943	37,2
Année 1944	35,4
Année 1945	19,6
Année 1946	13,3
Année 1947	18
Année 1948	13,5
Année 1949	15,4

Si l'on fait la moyenne pour chacune de ces tranches de cinq années, nous obtenons :

Années 1935-1936-1937-1938-1939	23,6
Années 1940-1941-1942-1943-1944	36,6
Années 1945-1946-1947-1948-1949	15,9

Ces résultats sont très intéressants et nous allons essayer de les expliquer car ces différences relèvent de plusieurs causes très importantes.



Nous constatons en effet que les décès chez les vieillards dans les cinq années d'avant guerre (moyenne 23,6) ont subi une grosse augmentation pendant les années de guerre puisque la moyenne passe à 36,6. On ne peut pas incriminer dans cela une augmentation de population puisque l'on a pris nos résultats pour cent. Mais, durant la guerre, la population de l'Hôpital Général fut constituée en grande partie de vieillards réfugiés par suite de l'évacuation des régions sinistrées.

Or ces vieillards arrivaient à l'Hôpital après avoir subi les fatigues de la route et ayant usé leurs réserves de résistance.

En plus de ces fatigues physiques, ces gens étaient séparés de leur famille, seuls loin des leurs et ayant souvent des deuils à déplorer. C'est ce qui explique que notre syndrome de "désadaptation" ou plutôt ici d'"inadaptation" ait eu chez eux une grosse influence dans la proportion des décès à cette époque. Nous nous sommes donc trouvés durant ces années devant une population anormale par son origine et sa présence.

D'autre part, personne n'oublie qu'à cette époque, (surtout durant les années 1941-1942-1943-1944) les restrictions alimentaires subies par toute la population de nos villes françaises, ont eu une influence néfaste sur tous ceux qui se trouvaient amoindris physiquement. Et le vieillard est un être amoindri chez lequel toute privation est ressentie au plus haut degré sur le plan vital. Nous voyons donc que les vieillards plus que tout autre individu de l'échelle démographique, ont ressenti l'influence de ces sombres années. Seuls ont triomphé ceux qui étaient résistants et non tarés.

En troisième lieu, le fait que, durant cette guerre (ou tout au moins les premières années de cette guerre) l'Allemand ait triomphé temporairement peut-être, mais néanmoins ait occupé notre sol, a eu une grosse répercussion chez nos pensionnaires. Tous avaient fait la guerre 1914-1918, et tous possédaient un patriotisme fervent. Aussi cette occupation de la France par l'ennemi de la Grande-Guerre, le vaincu d'alors, joua un rôle néfaste sur le psychisme de nos vieillards. Il suffit de faire raconter à nos "vieux" leurs faits d'armes de 1914 pour être convaincus, devant la fougue et l'enthousiasme qu'ils déployaient, de l'importance qu'a pu avoir chez eux notre défaite de 1940. Et ceci explique aussi en partie, l'augmentation des décès de 1940 à 1944.

Si nous étudions maintenant les décès durant les cinq années d'après guerre, nous constatons une baisse considérable par rapport au taux des cinq années de guerre, et une baisse plus considérable encore par rapport au taux d'avant guerre.

Puisque la population des années 1940-1941-1942-1943-1944 était, comme nous l'avons signalé plus haut, quelque peu "anormale", nous pourrions expliquer la baisse de la moyenne par le retour pur et simple à la norme. Mais dans ce cas il n'y aurait pas de raison que la moyenne ne soit pas, à quelque chose près, identique à la moyenne d'avant guerre ? Et le taux de 36,6 devrait revenir à 23,6. Non seulement il n'y revient pas, mais encore il descend à 15,9. Comment expliquerons-nous cela ?

Tout d'abord, après les privations de toutes sortes endurées pendant la guerre, tous ceux qui étaient en état de moindre résistance ont succombé. Seuls sont restés ceux qui avaient les moyens physiques de résister. C'est ce qui explique que les décès aient diminué par la suite.

Mais une telle solution ne suffit pas et c'est ici que l'on voit l'importance qu'a pris la découverte des antibiotiques dans la thérapeutique du vieillard. Avant l'arrivée de la pénicilline, la pneumonie du sommet, était une des causes principales des décès chez les pensionnaires de l'Hôpital Général. Or, depuis son utilisation, on ne déplore qu'une infime minorité d'échecs.

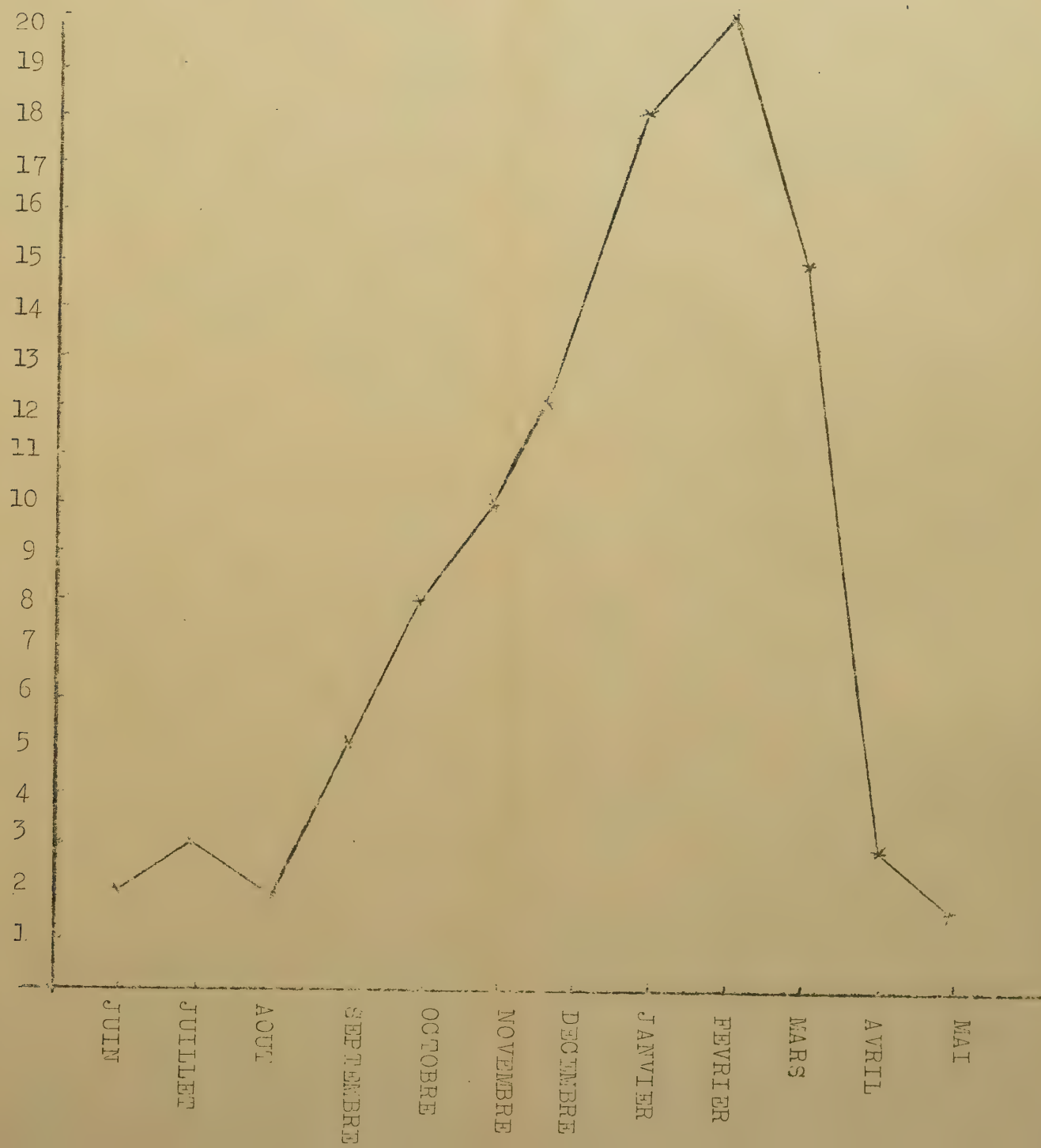
Ces différentes constatations mettent en relief l'influence qu'a eue la guerre sur l'échelle des décès chez les vieillards, mais aussi l'importance que prend la thérapeutique et ses nouveautés, dans la lutte contre la mort.

Nous avons étudié la courbe des décès suivant des périodes d'années. Maintenant étudions cette courbe suivant les mois et les saisons de l'année elle-même.

Sur les 15 années étudiées précédemment (de 1935 à 1949), nous avons fait les pourcentages des décès par mois. Nous avons :

Janvier	18	%
Février	20	%
Mars	15	%
Avril	3	%
Mai	2	%
Juin	2	%
Juillet	3	%
Août	2	%
Septembre	5	%
Octobre	8	%
Novembre	10	%
Décembre	12	%

Nous obtenons donc comme nous pouvons voir sur le graphique page suivante, une courbe à sommet hivernal.





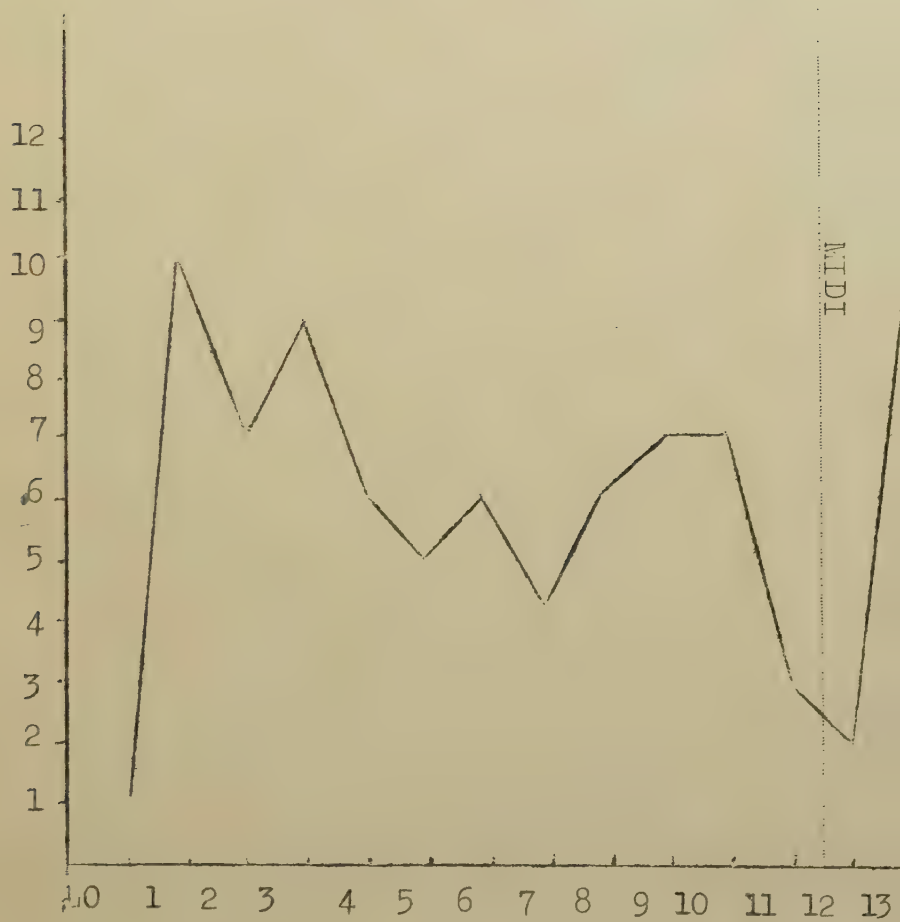
Là encore nous voyons une particularité propre aux vieillards, en ce sens que, si d'une manière générale les décès dans toutes les catégories de personnes d'âges différents, passent par un sommet pendant chaque hiver, c'est bien chez les vieux que cette constatation est plus marquée.

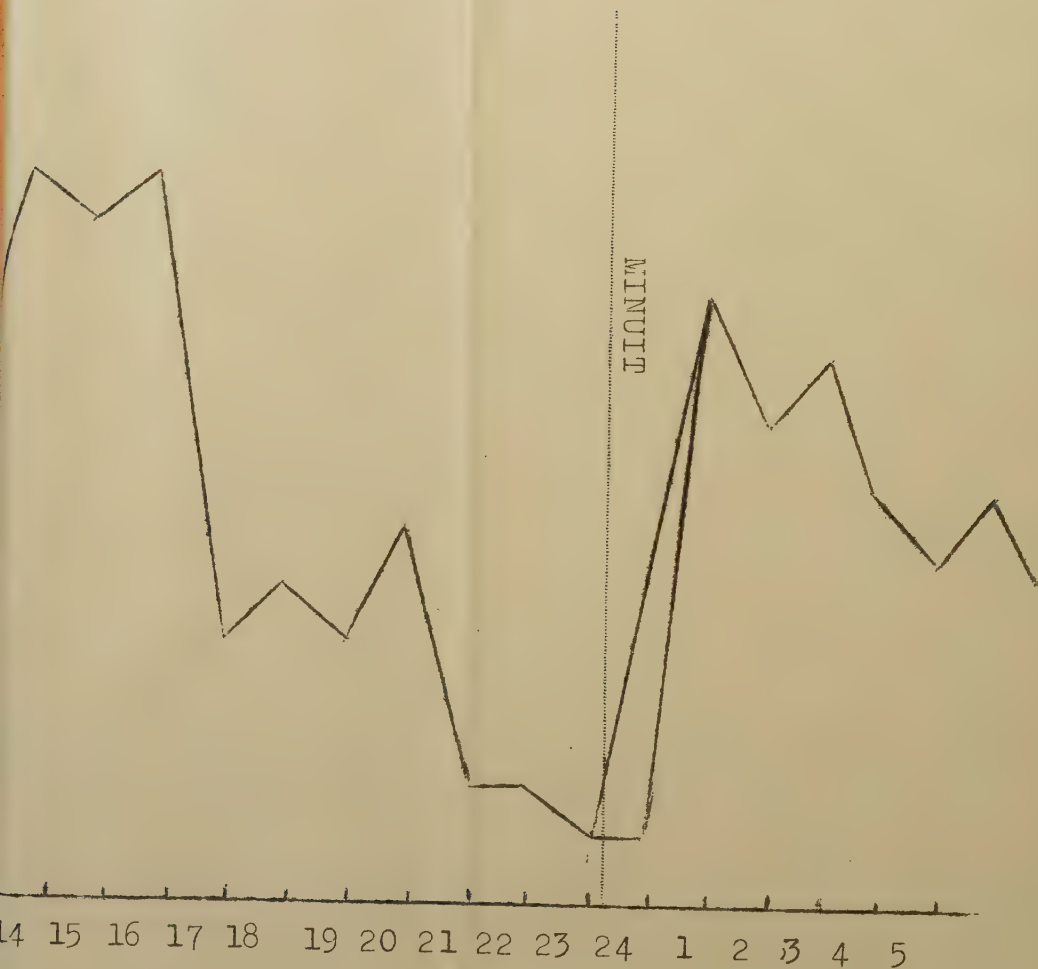
Au cours de l'hiver, l'organisme a à se défendre contre les perturbations atmosphériques. Et si chez le jeune ou l'adulte, les défenses naturelles permettent de triompher, par contre chez le vieillard, la diminution de ces mêmes réserves explique l'augmentation des décès. Tout se passe comme si "la machine" habituée à fonctionner au ralenti, devait, à une certaine période de l'année (l'hiver en l'occurrence) subvenir à un plus grand travail. Et cette influence des climats, et de l'atmosphère se fait sentir chez tous les individus. Mais seuls ceux qui sont résistants peuvent l'emporter sur ces "accoups".

Les saisons ayant une influence indubitable sur le comportement de l'organisme de nos vieillards et par suite sur leurs réserves vitales, il nous a paru intéressant d'étudier également l'influence des astres. Aussi, pendant une journée, révolution complète de la terre sur elle-même, ces changements atmosphériques doivent se manifester également sur la vie.

Nous avons donc fait une statistique portant sur les décès à l'Hôpital Général durant les années 1950 et 1951 et s'adressant à 141 pensionnaires décédés durant cette période. Nous avons calculé la proportion des décès aux différentes heures du jour et de la nuit. Nous avons rassemblé ces résultats dans le tableau suivant :

Décès	survenus	de	0	heure	à	1	heure	1
"	"	"	1	"	à	2	heures	10
"	"	"	2	"	à	3	heures	7
"	"	"	3	"	à	4	heures	9
"	"	"	4	"	à	5	heures	6
"	"	"	5	"	à	6	heures	5
"	"	"	6	"	à	7	heures	6
"	"	"	7	"	à	8	heures	4
"	"	"	8	"	à	9	heures	6
"	"	"	9	"	à	10	heures	7
"	"	"	10	"	à	11	heures	7
"	"	"	11	"	à	12	heures	3
"	"	"	12	"	à	13	heures	2
"	"	"	13	"	à	14	heures	9
"	"	"	14	"	à	15	heures	12
"	"	"	15	"	à	16	heures	11
"	"	"	16	"	à	17	heures	12
"	"	"	17	"	à	18	heures	4
"	"	"	18	"	à	19	heures	5
"	"	"	19	"	à	20	heures	4
"	"	"	20	"	à	21	heures	6
"	"	"	21	"	à	22	heures	2
"	"	"	22	"	à	23	heures	2
"	"	"	23	"	à	24	heures	1





Cette courbe présente un certain intérêt et il convient de l'analyser attentivement.

Nous voyons tout d'abord qu'elle passe par deux minimum centrés par les heures du milieu du jour et les heures du milieu de la nuit. Il existe un certain balancement entre ces deux périodes des 24 heures. Par contre, nous voyons que le point maxima (ou plutôt la zone maxima) est située entre 14 et 17 heures. Nous pourrions au premier abord croire que ce fait a pour conséquence un plus grand fonctionnement physiologique à cette période de la journée, en l'occurrence la période de digestion. Sans nier l'importance de cette cause, nous devons néanmoins rejeter cette explication car d'une part nos hospitalisés comme nous l'avons dit plus haut déjeunent à 10 heures et demi et 11 heures, et d'autre part nous retrouvons un deuxième sommet à notre courbe entre 1 heure et 4 heures du matin. Nous constatons donc que ce rythme des décès tire plutôt sa conséquence dans des réalités astrologiques, la terre se présentant directement au soleil à midi et en étant le plus éloigné à minuit. Et c'est justement à ces heures que nous avons nos minimum de décès.

Nous pouvons donc, d'après ces résultats, attacher une certaine importance aux phénomènes atmosphériques et astrologiques qui exercent leurs influences sur l'organisme humain. Il est probable que si l'on analysait ces influences chez tous les individus, on trouverait des résultats analogues, peut-être pas dans le même ordre de conséquences certes, mais néanmoins des constatations curieuses apparaîtraient au grand jour.

Il nous a paru intéressant d'en faire mention dans ce travail sur les vieillards.

Au terme de ce chapitre ayant trait à la question des décès chez les vieillards nous avons essayé de mettre en relief les conséquences qu'ont, sur l'organisme des personnes âgées, les privations d'une part avec les soucis qui en découlent, et d'autre part, chez le vieillard vivant une vie calme et tranquille, l'influence de la température, des saisons et des astres.

Et nous avons pu constater une nouvelle fois que si l'adulte, muni de réserves non spoliées résiste à tous ces accidents de l'existence, l'individu âgé est la proie facile de ces derniers par suite de l'affaiblissement de sa résistance et de l'affaiblissement global de tout son organisme.

CHAPITRE SIXIEME

- :-

Notre étude des vieillards en asile nous semblerait incomplète si nous nous contentions uniquement d'analyser comme nous l'avons fait le point de vue SOCIOLOGIQUE de notre population de l'Hôpital Général.

L'aspect PSYCHOLOGIQUE du problème doit être effleuré. Car comme il existe un aspect physique du vieillard, il existe également un aspect moral particulier, en un mot une psychologie propre à l'Etat Vieillesse. Et chaque personne, depuis l'enfant jusqu'à l'adulte, habitué à vivre avec des vieillards (ou de cotoyer de ces derniers), se rend compte inévitablement de ce que les personnes âgées réagissent d'une manière spéciale. Actuellement, quotidiennement on entend des individus parler de "vieillards modernes" ou de "vieillards vieux jeu"... Cette distinction dite en termes vulgaires, dénote une différence de comportement chez les personnes âgées. Et cette différence certes, peut être le résultat de la vie antérieure de celles-ci. Mais en réalité, il existe une échelle psychologique en fonction de l'âge et cette échelle que nous allons essayer d'étudier rapidement nous permettra quelque peu d'éclaircir les limites de l'Etat Vieillesse, but de notre travail.

Sur le plan Psychologique, le vieillard passe par une série d'étapes régressives.

Et ces étapes régressives sont inversement superposables aux étapes progressives qui mènent la psychologie de l'enfant depuis sa naissance jusqu'à l'état Adulte. Il convient donc d'étudier d'abord rapidement ces étapes progressives.

DE LA NAISSANCE à DEUX ANS, sur le plan des acquisitions c'est l'automatisme qui est au premier rang. L'enfant construit l'espace et vit uniquement dans le présent.

Survient alors de 3 à 4 ans une première crise où s'affirme déjà la personnalité de l'enfant.

De 4 à 7 ans, la majeure partie des acquisitions se fait sur le plan de la mémoire. Apparaît alors chez l'enfant du point de vue intellectuel et social une subjectivité et un égoïsme importants. L'individu construit le temps. Il vit dans le présent, mais construit déjà le passé. Survient alors de 7 à 8 ans une nouvelle crise d'affirmation de la personnalité.

De 8 à 12 ans, c'est sur le plan de la pensée que se font les plus grandes acquisitions. L'enfant devient objectif et progressivement il devient altruisme. Il domine maintenant le concret, en l'occurrence l'espace et le temps, et il construit l'abstrait. Il vit dans le présent et le passé et construit l'avenir. Puis vient de 13 à 17 ans une crise d'émancipation.

ET L'ON ARRIVE A L'ETAT ADULTE où, si l'évolution précédente a été complète, objectivité, altruisme et autonomie sont les points propres de l'attitude intellectuelle et sociale de l'individu. Ce dernier domine le

concret et l'abstrait. Il vit dans le présent, le passé et surtout le futur.

C'est entre 45 et 50 ans qu'il semble apparaître une crise régressive (en quelque sorte une crise régressive correspondant au "retour d'âge").

C'est à partir de cet âge que nous allons commencer à entrevoir les étapes régressives dont nous parlions au début de ce chapitre.

Entre 55 et 60 ans, la régression se fera jour par une sorte de désagrégation du plan de la pensée (dernière acquisition de l'enfant au cours de sa phase ascendante). On observera à cette époque un retour progressif à la subjectivité et à l'égoïsme. En même temps apparaîtra une perte d'intérêt pour l'abstrait. Et l'on observe ces traits chez nos vieillards que nous avons classés au chapitre portant sur les occupations des pensionnaires, en "pensionnaires actifs". Chez ceux-ci en effet, seul le concret, en l'occurrence l'argent que leur rapporte leurs diverses occupations, compte. Et, se considérant comme faisant encore partie de la société par rapport à leurs camarades de l'Hôpital Général dans l'impossibilité de subvenir à leurs besoins par leur travail, ils en tirent un certain orgueil en même temps qu'un certain égoïsme. A cette époque de sa vie, l'individu vit de plus en plus dans le passé (passé proche cependant, ou relativement proche, compris entre les années 1920 et la guerre de 1940-45 pour cette catégorie de nos hospitalisés actuels. Car le futur n'offre plus d'intérêt pour eux. Et c'est sur ce point que l'on voit une différence entre les personnes de 55 et 60 ans hospitalisées et les personnes non hospitalisées du même âge. Car si nous avons à l'Hôpital

Général des gens de cet âge, c'est qu'ils sont isolés dans la vie, sans famille aucune. Par contre, les hommes et les femmes de cet âge qui ne sont pas hospitalisés ont généralement une famille. Et c'est aussi l'âge des petits enfants ou des petits-neveux. Le futur pour ces personnes, est "contenu" dans ces derniers et l'intérêt qu'on porte aux petits n'est pas minime...

De 65 à 70 ans peut se placer ce que l'on appellera une deuxième crise régressive de la vieillesse où tous les traits dont nous venons de parler s'accroissent.

Entre 70 et 80 ans, la régression porte sur le plan de la mémoire, avant dernière acquisition de l'enfant. On assiste à un retour à l'isolement intellectuel et social. En effet, à cet âge, pour nos vieillards, les ans "se font sentir". L'activité diminue du point de vue des possibilités physiques. Et cette période est pénible, car c'est à ce moment que nos hospitalisés commencent à avoir conscience de leur inaction forcée, de leur entrée dans l'"Etat Vieillesse". Ils cherchent bien pendant quelques temps à résister à cette emprise du temps et c'est ce qui explique que certains pensionnaires cherchent des occupations pas trop pénibles qui leur permettent de se faire une illusion quant à leur valeur physique. Ce sont ces gens que nous retrouvons faisant les "hommes sandwich" dans les rues de Clermont.

De plus sur le plan intellectuel les mêmes remarques s'imposent. Nous pouvons citer en passant l'exemple d'un clerc de notaire hospitalisé qui cherche à rendre des services d'écriture, de correspondance, qui lit, et qui se tient au courant de l'

actualité politique, pour se donner l'impression "qu'il n'est pas fini...".

A cette période de la vie du vieillard, on constate une perte d'intérêt pour le temps. Il vit dans un passé de plus en plus lointain où même les histoires de la guerre de 1914-1918 s'estompent. Il remonte maintenant au temps de son enfance.

Enfin, entre 80 ans et la mort, on assiste chez les personnes âgées, à une désagrégation du plan de l'automatisme, première acquisition de l'enfant dans les deux premières années de sa vie. Du point de vue intellectuel et social, le vieillard entre dans un isolement de plus en plus profond jusqu'à la dissolution mentale. La phase de gâtisme est rarement atteinte l'individu mourant en général avant par épuisement de ses réserves. Et à cette période le vieillard vit au jour le jour, sans espoir ni regret. C'est dans cette classe que nous rencontrons nos pensionnaires qui se sont fait une vie bien à eux, sans ambition, dans un monde bien à eux, leur salle.

Nous remarquons donc que sur le plan psychologique, nous retrouvons un parallélisme avec le plan physique et sociologique. Les uns sont la conséquence des autres, les autres la cause. Et c'est là qu'apparaît la difficulté si nous voulons chercher à trouver le *primum movens*. C'est s'attaquer aux relations qui existent entre le physique et le moral, entre le conscient et le subconscient des individus et c'est un problème qui nous apparaît insoluble. Il ne nous paraît pas possible de dissocier ces différents plans qui constituent à travers le vieillard étudié ici, l'essence de tout être humain.

Comme nous l'avons dit au chapitre précédent pour conclure, le Vieillard est un tout. Dans notre introduction, nous avons inconsciemment la prétention de donner une définition de l'état VIEILLESSE. D'une part nous nous sommes adressé à une certaine catégorie de vieillards, les pensionnaires de l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand, et nous ne pouvons pas généraliser nos conclusions. D'autre part, nous avons cru que nous pourrions délimiter la Vieillesse en nous plaçant surtout sur le plan physique. Or, nous nous sommes aperçu que le vieillard est un TOUT. Aussi toutes les influences qui s'exercent dans les différents plans qui le constituent, auront leur responsabilité dans le vieillissement de l'individu.

Le mode de vie antérieur à l'hospitalisation y a une grande part. Mais les conditions de vie au moment de l'hospitalisation en ont aussi une grande. Sur le plan physique, certainement nous retrouvons une "usure" plus ou moins grande suivant les abus ou la prudence. Mais le plan affectif n'est pas le moindre des facteurs qui expliquent cette usure. Et il ne nous est pas permis d'affirmer que ce sont ces facteurs qui commandent le vieillissement intellectuel et moral.

Et c'est ici que nous devons appuyer sur le facteur social qui, en soi, est peut-être le plus responsable de la vieillesse. En effet, chaque individu doit fournir son échec à la Société. Il est porté par elle. Et celle-ci rejette d'elle-même celui qui lui est inutile. C'est par le travail que l'homme peut tenir sa place. Malheur à ce-

lui qui ne peut pas travailler, malheur aux infirmes, malheur aux "minus abens", et malheur hélas à celui qui ne peut plus travailler. Or l'âge est une infirmité. Car du point de vue social pur, et c'est la triste vérité, l'on a tendance à considérer celui qui ne peut plus travailler à cause de son usure, comme un inutile. Et cette question du travail peut nous donner une définition sociale du vieillard. LE VIEILLARD SERAIT CELUI QUI, PAR SUITE DE SON AGE ET DE TOUTES LES CONSEQUENCES QUI EN DECOULENT, EST DANS L'IMPOSSIBILITE DE SUBVENIR AUX BESOINS DE L'EXISTENCE. Cette définition dans toute sa cruauté à dans notre monde actuel, malheureusement une grande part de vérité.

Mais si nous avons donné une définition du vieillard, cette définition n'explique pas grand'chose, car ce qu'il nous faudrait expliquer c'est pourquoi l'individu âgé ne peut plus travailler...

D'aucuns, avec un certain degré de fatalisme, diront que la vieillesse est dans l'ordre normal établi...

Mais il est un fait, c'est que l'Etat Vieillesse est dû à un affaiblissement progressif de toutes les facultés. Chaque individu à sa naissance semble avoir reçu un certain bagage de réserves comme pour un voyage dans la vie. Ces réserves s'usent plus ou moins vite suivant la prodigalité de chaque sujet, mais elles arrivent avec toute l'économie possible, à s'épuiser. Et ce sont ces réserves plus ou moins importantes qui expliquent le vieillissement plus ou moins précoce.

Et si "l'usure" est pour une certaine

part sur le plan physique, elle n'est pas moins importante sur le plan affectif et moral. On a coutume de dire dans le langage courant que les chagrins "rougent" la santé... Cette image quelque peu fantaisiste a cependant sa part de vérité. Car si le moral a des conséquences sur le physique lui-même, les accidents sur le plan affectif "usent" aussi la part de réserves morales que chacun a reçu à son départ dans la vie.

Et nous pensons qu'il convient d'insister pour finir sur ce plan car chaque jour à l'Hôpital Général, nous cotoyons des "vieux" et des "vieilles" dont la plus grave et la plus sournoise maladie est leur solitude. Certes, avec l'âge, nous observons chez les vieillards une baisse des éléments du Plan affectif, néanmoins chaque pensionnaire souffre de se sentir seul devant ce qui lui reste à vivre et seul devant la mort.

Et c'est surtout là qu'existe la différence entre les vieillards d'un asile et les vieillards vivant dans leur maison, ou dans une maison amie, entourés par leur famille, et choyés par leurs descendants. Ceux là sentent que, s'ils ont épuisé leurs réserves de vie, ils ont néanmoins rempli la tâche qui leur était incombée. Mais si l'on songe à l'immense catégorie de nos hospitalisés, qui ont été abandonnés par leurs descendants parce qu'ils étaient "encombrants", on est obligé de comprendre leur découragement et leur misère et l'on ne peut pas ne pas les plaindre.

Et ceci explique que, si l'on ne peut pas, à l'Hôpital Général, guérir nos "vieux" de leur vieillesse, on doit considérer comme un devoir de leur alléger leur isolement en essayant de les comprendre toujours mieux et d'être à l'écoute de leurs désirs.

C O N C L U S I O N S

-:-

Notre travail porte sur 400 pensionnaires d'asile de vieillards : l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand.

- 1°) - Dans cet établissement, les femmes ont une vie très sédentaire, les hommes eux, recherchent des occupations.
- 2°) - Chez les pensionnaires hommes, une majorité est composée de célibataires. Chez les femmes, la majorité est composée de veuves.
- 3°) - Seulement un quart des pensionnaires ont passé leur vie dans le lieu de leur naissance.
- 4°) - La majeure partie est composée de vieillards issus de la campagne.
- 5°) - Très peu de femmes ont eu un métier au cours de leur vie (7 %).
- 6°) - 15 % des hommes n'ont pas eu de métier bien défini.
- 7°) - On note une plus grande longévité chez les pensionnaires ayant vécu à la ville que chez ceux ayant vécu à la campagne.
- 8°) - Les femmes vivent plus âgées que les hommes.
- 9°) - 25 % des pensionnaires sont hospitalisés bien qu'ayant des enfants.

10°) - La vie d'asile a une grosse répercussion sur la mortalité chez les vieillards :

50 % DES PENSIONNAIRES MEURENT DANS LA PREMIERE ANNEE DE LEUR HOSPITALISATION.

11°) - L'influence de la guerre et des années de sous alimentation est très importante chez les vieillards vivant en asile.

-Avant guerre on a un taux de décès de 23,6%.
-Pendant la guerre le taux s'élève à 36,6%.
-Depuis la guerre par contre, on a une baisse sensible de ce taux même par rapport à la période d'avant guerre et l'on trouve 15,6 %. (Cette baisse est due aux thérapeutiques nouvelles, antibiotiques en particulier).

12°) - Les saisons de l'année jouent un rôle dans la proportion des décès chez les vieillards.

Nous observons un sommet hivernal de la courbe des décès.

13°) - Enfin dans la journée, on note une prédominance des "exitus" de 1 heure à 4 heures du matin et de 14 heures à 17 heures.

14°) - Du point de vue psychologique, on observe chez les vieillards, une régression des facultés qui est en tout point inverse à l'ascension psychologique de l'enfant.

Enfin, il convient d'insister sur les différents problèmes que posent les "Vieux":

Du point de vue physique, on ne peut donner des limites nettes de "l'Etat Vieillesse". Mais il est un fait : si la période critique (du point de vue longévité) pour un vieillard qui rentre à l'hospice, est la première année d'hospitalisation, par contre, si l'on passe cette phase, on se rend compte, que la VIE D'ASILE N'INFLUENCE PAS LA LONGEVITE.

En effet, en 1952 les tables établies par les Compagnies d'Assurances sur la vie, accordent à ceux qui atteignent 60 ans, 17 années de vie probable. Ce qui ferait donc un sommet entre 70 et 80 ans. Or, dans notre chapitre des âges de nos vieillards à l'Hôpital Général de Clermont-Ferrand, nous voyons que, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, les pensionnaires compris entre ces âges sont la majorité.

Cependant, du point de vue moral ces pensionnaires sont isolés dans leur vieillesse.

Quant au point de vue social, on voit nettement que dans notre Société actuelle, le vieillard représente trop souvent hélas une charge dont certaines familles cherchent à se débarrasser.

-:-

Vu :	Vu :
Le Président :	Le Doyen :
signé : P. JOANNON.	signé : BINET.

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
signé : JEAN SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - A classified bibliography of gerontology and geriatrics.
(une bibliographie classée de gérontologie et d'études gériatriques).
Par NATHAN W. SHOCK (Stanford University Press, Stanford, California, et G. Cum-berlege, Oxford University Press, Lon-don, édit).
- 2 - Processus généraux de la Sénescence.
Pr. Ag. BOURLIERE.
La Semaine d'actualités rhumatologiques.
Hôpital Cochin (24-29 mars 1952).
Le Concours Médical n° du 21 VI 52 p.
2323.
- 3 - Orthosomie
Par Pierre JOANNON Professeur d'Hygiène et de Médecine Préventive à la Faculté de Médecine de Paris -
Le Concours Médical n° 13 du 29 mars 1952, page 1201 et suivantes.
- 4 - Congrès de la Longévité -
Vittel 1948
- 5 - Le maintien de la longévité dans la France d'Outre-Mer
Par H. BONNIN (Bordeaux) Revue Médicale de France n° 1 - 2 janvier-février 1950
page 25 et suivantes.
- 6 - Vieillesse et sénescence
Par G. LAVALLEE
Le Concours Médical n° 12 du 25 mars 1950
page 891 et suivantes.

- 7 - Valeur des statistiques en Médecine
Par G. LAVALLEE
Le Concours Médical n° 28 du 10 juillet
1948 - page 1403 et suivantes.
- 8 - Richesse et Population 1943
Par A. SAUVY. Librairie Payot
- 9 - Des Français pour la France
Par Prof. R. DEBRE et A. SAUVY 1946
Gallimard.
- 10 - Le Vieillissement de la Population 1946
Par F. BOVERAT - Les éditions sociales
françaises.
- 11 - A propos du Congrès de la Longévité à Vit-
tel (juin 1948)
Par H. BOUR
Le Concours Médical n° 47 du 20 novem-
bre 1948.
- 12 - Le Vieillissement de la Population
Par André PLICHET
Supplément à la Presse Médicale n° 58
du 29 novembre 1946 pages 1 et 2
- 13 - La sénescence
Léon BINET (Leçon faite par le Profes-
seur Léon Binet, Doyen de la Faculté de
Médecine, avec le concours de Henri
BOUR, F. BOURLIERE et P. CASTAIGNE. Facul-
té de Médecine, le 25 mai 1951). La Vie
médicale (numéro de Noël 1951 - Pages
9, 11, 12, 13).
- 14 - L'effet de l'âge sur le tonus des muscles
chez l'homme.
Léon BINET, F. BOURLIERE et E. FLORENTIN
C.R. de l'Acad. des Sc. T. 231, p. 393,
1950. IIème Congrès International de
Gérontologie, Saint Louis, 9-14 Septem-
bre 1951.

- 15 - Etude expérimentale des variations avec l'âge de la fonction tonique de repos du muscle.
Emile FLORENTIN (Thèse Médecine - Paris 1950).
- 16 - La diminution avec l'âge de l'hyppuricurie provoquée chez l'homme.
Léon BINET, F. BOURLIERE et C. COUILLAUD - C.R. de l'Acad. des Sc. t. 230 p. 698 - 1950
- 17 - L'épreuve à l'acide hippurique au cours de la sénescence
D. COUILLAUD
(Thèse Médecine - Paris 1950)
- 18 - Etude de l'éosinophilie physiologique des sujets âgés.
Léon BINET et Georges MATHE
(La Presse Médicale n° 59 p. 305, 10 mars 1951).
- 19 - Variations du glutathion suivant l'âge du sujet.
Léon BINET et Madeleine POUTONNET
C.R. de la Soc. de Biol. t. 136 p. 206 1942.
- 20 - Contribution à l'étude du rythme nycthéméral de la température chez le vieillard sain.
Ahmed HAMIDOU
Thèse Médecine Paris 1948
- 21 - Recherches fonctionnelles et biochimiques sur des personnes âgées. Leurs besoins alimentaires.
Léon BINET, P. CASTAIGNE et Madeleine BOCHET (B. de l'Acad. de Méd. t. 126 p. 203, 3 mars 1942).

- 22 - Le métabolisme de base et la dépense de fond des personnes âgées. Leurs variations.
L. BINET, M. BOCHET et F. BOURLIERE.
Bull. de l'Acad. de Méd. t. 129 p. 447, 1945 et la Médecine août 1945
N° 7 - 8 page 3.
- 23 - Le métabolisme de base des personnes âgées. Sa signification diagnostique et pronostique.
L. BINET et F. BOURLIERE.
Congrès de la Longévité - Vittel
19 - 20 juin 1948.
- 24 - Nouveaux documents sur le métabolisme de base des vieillards.
L. BINET et F. BOURLIERE
La Presse Médicale 59 n° 28 p. 557, 1951.
- 25 - Médication isolée et sénescence.
L. BINET, H. BOUR et F. BOURLIERE
La Presse Médicale 1951
- 26 - Modification des échanges respiratoires après implantation de comprimés de testostérone chez les sujets sénescents.
Léon BINET et F. BOURLIERE
C.R. de l'Acad. des Sc. t. 219 p. 534, 1943.
- 27 - Action thérapeutique de la testostérone chez les sujets âgés.
Léon BINET et F. BOURLIERE
La Médecine t. 9, p. 15. 1943
- 28 - Hormone mâle et sénescence
Léon BINET, H. BOUR et F. BOURLIERE
L'Orientation Médicale. - 1950 -

- 29 - Population française et immigration
Docteur CREPIN
Le Concours Médical n° 33, 16 août
1947, p. 1398-1399.
- 30 - Que faire des Vioux ?
G. LAVALEE
Le Concours Médical n° 46 12 novembre
1949 - p. 2583-2584.
- 31 - Etude scientifique du vieillissement
de la population française.
Trois journées 22-24 avril 1948
Dr BOURLIERE - Biologie de la sénescence.
Dr SUTTER - Age physiologique et âge
chronologique.
Dr GILLON - Prophylaxie des effets du
Vieillissement.
Dr SUTTER et M. Léon TABAH - Influence
du vieillissement de la population
sur la fréquence des maladies
dégénératives.
Dr DUBLINEAU - Influence de l'âge sur
l'activité mentale et psychologie
de la Sénescence.
Le Concours Médical n° 40 - 2 octobre
1948 - p. 1946 - 1947 - 1948.
- 32 - Le vieillissement des Peuples.
G. LAVALEE
Le Concours Médical n° 25 19 juin 1948
p. 1227-1228.
- 33 - Les problèmes démographiques de la Grande-Bretagne.
G. LAVALEE
Le Concours Médical n° 32 - 6 août 1949
pages 1835 - 1836.

- 34 - Vieillesse et vieillissement
Maurice PESTEL
La Presse Médicale n° 35 28 mai 1949
p. 491-492.
- 35 - Grundlagen zur Erforschung des Alterns
P. MATZDORFF (Steinkopff 1948).
- 36 - Le Français par les chiffres.
Pierre VIANSSON
Rapports France-Etats Unis n° 65 août
1952, p. 48 et suivantes
- 37 - Le Vieillissement prématuré.
Charles RICHET et Jean BARBET.
La Semaine Médicale n° 32-33 du 2-6
septembre 1952 p. 552
- 38 - Le rein des vieillards
L. BINET
Presse Médicale du 20 septembre 1952

SERMENT d'HIPPOCRATE

--

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes frères si j'y manque.

--

